



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sari Nissilä

# ASiantuntijahoitaja peruster- veydenhuollon vastaanotto- toiminnassa

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala

2014

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
 Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

## TIIVISTELMÄ

Tekijä	Sari Nissilä
Opinnäytetyön nimi	Asiantuntijahoitaja perusterveydenhuollon vastaanotto- minnassa
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	86 + 3 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala ja Ulla Isosaari

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisille asiantuntijahoitajille nähdään tarvetta tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa terveysasemien lääkärinvastaanotolla. Tavoitteena oli selvittää asiantuntijahoitajien tarve perusterveydenhuollossa ja kuinka siihen tarpeeseen vastataan. Toisena tavoitteena oli tuottaa tämänhetkistä tietoa asiantuntijahoitajien toimenkuvasta ja heidän tarpeestaan perusterveydenhuollossa sekä saada ideoita asiantuntijahoitajien koulutuksen toteuttamiseen Vaasassa.

Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen ja tutkittavana ilmiönä oli asiantuntijahoitajien toimenkuva ja perusterveydenhuollossa työskentely. Tutkimuksen kohteena olivat hoitotyön johtajien (n=8) kokemukset ja visiot asiantuntijahoitajien työskentelystä avoterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla. Tutkimuksen tulosten analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimustulokset osoittivat, että asiantuntijahoitajien työskentelyyn kohdeorganisaatioissa oli valmistauduttu kaiken kaikkiaan hyvin. Suurimmassa osassa tutkimuksen kohdekaupungeista oli työnjakoa kehitetty niin, että pitkäaikaissairaiden kokonaishoito tai ainakin kontrollit oli jo siirretty lääkäreiltä hoitajille. Tutkimustulosten perusteella pystyttiin toteamaan, että tehtävien ja työnjaon uudistamisen myötä lääkärikäynnit ovat useimmissa kyselyyn osallistuneissa kaupungeissa vähentyneet. Teoriasta käy ilmi, että lääkäreillä on ollut enemmän akuuttiaikoja tarjolla työparimallin käyttöönoton jälkeen ja potilaan hoitoon pääsy on nopeutunut.

Työnjaon ja työtehtävien uudistamisen nähtiin vaikuttaneen positiivisesti työyhteisön toimintaan, asiakastyytyväisyyteen ja organisaation taloudellisiin ja ajankäytöllisiin resursseihin. Asiantuntijahoitajien rooli ja työpanos terveydenhuollossa on tärkeä. Asiantuntijahoitajan nimike ja koulutus tulisi yhtenäistää, jolloin saavutettaisiin varmemmin myös asiakkaiden ja muun hoitohenkilökunnan arvostus.

---

Avainsanat asiantuntijahoitaja, työnjako, tehtävänsiirrot, perusterveydenhuolto, perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES  
Sosiaali - ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

## ABSTRACT

Author	Sari Nissilä
Title	Clinical Nurse Specialist Working in a Physician's Office in Primary Health Care
Year	2014
Language	Finnish
Pages	86 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala and Ulla Isosaari

---

The purpose of this study was to find out what kind of nurse specialists are needed in primary health care in the physician's office in the future. The aim was to find out what the need for nurse specialists is and how this need is responded to. A further aim was to describe the present work of nurse specialists, to find out what the need for them in primary health care is and to get ideas on how to carry out nurse specialist education in Vaasa.

The research was qualitative and the phenomenon being studied was the nurse specialist's job description and working in primary health care. The target of study was the nurse leaders' (n = 8) experiences and visions of working in a physician's office in non-institutional health care. The results were analyzed with data-oriented content analysis.

The results showed that the target organizations had prepared well to nurse specialists working in the organizations. In most of the cities in the study the division of work had been developed so that the treatment or at least the follow-up visits of chronically ill people had been transferred from the physicians to the nurses. The number of visits to a physician had decreased. The physicians also had more appointments available for acutely ill people after this model has been taken into use.

The division of work and the job task reform were considered to have a positive effect on the work community, client satisfaction and the economic and time management resources in the organization. The role and work contribution of a nurse specialist is important for the health care services. The title and education of a nurse specialist should be standardized in order to achieve the respect and appreciation of other members of the staff and clients.

---

Keywords Nurse specialist, division of work, task-shifting, primary health care, physician's office in primary health care

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	8
2	SOTE-PALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTAMINEN .....	10
2.1	Opinnäytetyön käsitteet .....	11
2.2	Toimiva terveyskeskus -ohjelma .....	16
2.3	Terveysasemien hoitajavastaanotot tulevaisuudessa .....	18
2.4	Asiakaslähtöinen terveyspalveluohjaus.....	21
2.5	Potilaan omahoidon tukeminen .....	22
3	TEHTÄVIEN JA TYÖNJAON UUDISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA .....	25
3.1	Toiminnan tehostaminen .....	25
3.2	Henkilöstön kouluttaminen ja kehittäminen.....	28
3.3	Lääkäri-hoitaja työparityöskentely .....	30
3.4	Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus .....	32
3.5	Tehtävämuutokset ja lainsäädäntö .....	36
4	MUUTOSJOHTAMINEN .....	37
4.1	Johdon rooli muutoksessa .....	39
4.2	Muutoksen viestiminen .....	41
4.3	Luottamuksen rakentaminen .....	43
4.4	Hoitotyön johtaminen .....	44
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	46
6	TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA AINEISTON KÄSITTELY .....	48
6.1	Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat.....	48
6.2	Tutkimusaineiston hankinta.....	49
6.3	Aineiston analyysi .....	51
6.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	53
7	TUTKIMUSTULOKSET .....	56
7.1	Taustatiedot.....	56
7.2	Asiantuntijahoitajien lisä- ja täydennyskoulutus.....	59

7.3	Tehtävänsiirrot.....	60
7.4	Lääkärin suorittama mentorointi ja ohjaus.....	61
7.5	Asiakastytyväisyys .....	62
7.6	Terveysaseman / työyhteisön toiminta .....	63
7.7	Valmistautuminen asiantuntijahoitajien työskentelyyn .....	64
7.8	Haasteet .....	66
7.9	Johtaminen.....	67
7.10	Visio tulevast.....	68
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	69
	LÄHTEET .....	80

## KUVIOLUETTELO

<b>Kuvio 1.</b> Asiantuntijahoitajan vastaanottoihin tarvittava uusi osaaminen	s.12
<b>Kuvio 2.</b> Terveyskeskuksen avovastaanottotoiminnan sisältö	s.19
<b>Kuvio 3.</b> Lääkkeenmäääämishoitajien tyypilliset tehtävänkuvat	s.35
<b>Kuvio 4.</b> Esimerkki muutosprosessin vaiheista	s.41
<b>Kuvio 5.</b> Hoitotyön johtajien tehtäviin kuuluu huolehtia seuraavista seikoista	s.45
 <b>Taulukko 1.</b> Kyselyyn valittujen kaupunkien perusterveydenhuollossa toimivien asiantuntijahoitajien tehtävät.	 s.57
<b>Taulukko 2.</b> Asiantuntijahoitajien järjestämät ryhmät pitkäaikaissairaille tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa.	s.58

## **LIITELUETTELO**

LIITE 1. Saate

LIITE 2. Kyselykaavake

LIITE 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

## 1 JOHDANTO

Terveystenhuollon kustannukset kasvavat koko ajan ja väestön eriarvoisuus palveluiden saannissa lisääntyy. Samalla työntekijät ja väestö ikääntyvät ja tulevat monikansallisemmiksi. Väestön asettamat vaatimukset ja tietotaso kasvavat, mutta samalla työvoiman saanti vaikeutuu. Terveystenkeskusten lääkäripula viittaa siihen, että henkilöstöresursseissa on vajetta. Myös teknologia kehittyy kaiken aikaa. Kaikki tämä asettaa valtavia haasteita terveydenhuollolle. Tämän johdosta on pakko etsiä uusia suuntia ja tapoja toimia. (Muurinen, Nenonen, Wilskman & Age. 2010, 21, Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2008, 4, 177. )

Muutostarpeisiin vastaamiseksi on laadittu muun muassa kansallinen Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma (KASTE) 2008–2011. Vuosien 2012–2015 ohjelma jatkaa osittain uudistustyötä, jota aloitettiin edellisellä ohjelmakaudella. Ohjelmassa ohjataan johtamiskäytäntöjen uudistamista ja työhyvinvoinnin kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelmassa esitetään myös kunnille suosituksia koskien esimerkiksi palvelujen toimivuuden ja saatavuuden parantamista sekä toiminnan edellytyksiä, kuten henkilöstön osaamisen parantamista. (STM 2009,13; Mäkelä 2001, 16; STM 2012, 13.)

Lisääntyvään palveluntarpeeseen on yhtenä toimenpiteenä esitetty lääkärin ja sairaanhoitajien tehtävänjaon uutta tarkastelua. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan perusterveydenhuollossa toimivien asiantuntijahoitajien tehtäviä ja koulutusta erityisesti terveysasemien lääkärint vastaanottotoiminnassa. Tutkimuksessa selvitetään, mikä tarve on asiantuntijahoitajille ja kuinka siihen tarpeeseen vastataan.

Tutkimuksessa käydään läpi asiantuntijahoitajuuden kehittämistä varten keskeisimmät teemat. Teoreettinen viitekehys muodostuu palvelujärjestelmän, tehtävien työnjaon uudistamisen ja muutosjohtamisen ympärille. Tutkimuksen tuloksissa



käydään läpi kyselyn tulokset. Lopuksi pohditaan tulosten merkitystä Vaasan kaupungin perusterveydenhuollossa toimivien asiantuntijahoitajien tehtäväkuvan muutoksen toteuttamiseen sekä mitä uusia jatkotutkimusaiheita nousee esille.

## **2 SOTE-PALVELUJÄRJESTELMÄN UUDISTAMINEN**

Terveydenhuollon avulla pyritään edistämään ja ylläpitämään väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta sekä kaventamaan terveyseroja. Ehkäisevä terveydenhuolto ja terveystalvelut, jotka ovat hyvin toimivia ja koko väestön saatavilla, luovat perustan terveydenhuollon toimivuudelle. (STM 2014.)

Kuntien vastuulla on järjestää ja rahoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut voidaan tuottaa yksin tai muodostaa keskenään kuntayhtymiä. Kunnassa voidaan myös päättää, että sosiaali- ja terveystalvelut ostetaan muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. (STM 2013.)

Kunnan järjestämät terveydenhuollonpalvelut tuotetaan terveystakeskuksessa. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) säätelee terveystakeskuksen toimintaa ja terveystakeskuksen toiminnan järjestämistä säättää kansanterveyslaki (66/1972). Kunnan vastuulla on tarjota kuntalaiselle tämän tarvitsemat palvelut.

Asiantuntijoiden keskuudessa koetaan, että peruspalveluiden ehkäisevä työ ei ole kehittynyt tarpeeksi. Myös tutkimustieto kroonisten tautien osalta puoltaa tätä käsitystä. Hoitosuositukset ja -tavoitteet toteutuvat huonosti sairauksien hoidossa. Pitkäaikaissairaudet ovatkin nykypäivän haasteita. Tähän haasteeseen tulisi vastata ehkäisemällä sairauksien synty ja jo puhjenneiden sairauksien aiheuttama elämälaadun ja toimintakyvyn huononeminen. (Ashorn & Lehto 2008, 62.)

Palvelut ovat heikentyneet peruskunnissa isojen tuottajaorganisaatioiden vahvasta neuvotteluasemasta ja kuntien vaikeasta taloudellisesta tilanteesta johtuen. Kunnat eivät ole pystyneet käyttämään kaikkea annettua valtaansa, vaan osa siitä on siirretty sairaanhoitopiireille ja erikoisaloille. (Ashorn 2008, 62.)

## 2.1 Opinnäytetyön käsitteet

Tässä alaluvussa määritellään tämän opinnäytetyön keskeiset käsitteet, joita ovat asiantuntijahoitaja, työnjako, tehtävänsiirrot, perusterveydenhuolto ja perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta. Keskeisten käsitteiden avaaminen tekee opinnäytetyön teorian lukemisesta sujuvampaa ja auttaa ymmärtämään tekstiä paremmin.

*Asiantuntijahoitajan* käsite on hyvin tulkinnanvarainen. Nimityksen kriteerit ovat sisällöltään eriäviä. Asiantuntijahoitajan nimikkeestä tulisikin määrittää selkeät ja yhteneväiset kriteerit. Kansainvälinen sairaanhoitajaliitto (ICN) määrittelee Nurse Practitioner/ Advanced Practice Nurse – käsitteen seuraavasti: ”Rekisteröity sairaanhoitaja, jolla on vaadittava erityisosaaminen, kyky monimutkaiseen ja vaativaan päätöksentekoon ja kliininen pätevyys laajennetulle työnkuvalle, jota muovavat asiayhteydet ja maa, jossa henkilöllä on lupa työskennellä”. (Vestman 2013.)

Nurse Practitioner (NP) ja Advanced Practice Nurse (APN) ovat rekisteröityjä ja kansallisesti tunnustettuja ammattinimikkeitä. Kyseisiä nimikkeitä on käytetty jo reilun 30 vuoden ajan edustamaan USA:n ja Kanadan asiantuntijasairaanhoitajia tietyillä tehtävänalueilla, jotka ovat tarkasti määritettyjä. NP-toiminta on käytössä nykypäivänä maailmanlaajuisesti. (Carryer, Gardner, Dunn & Gardner 2007.)

Vestmanin (2013) tutkimuksesta selviää, että asiantuntijahoitaja-nimikkeestä on määritelty seuraavanlaisia perusteluita. Asiantuntijahoitaja on laillistettu joko sairaanhoitajaksi tai terveydenhoitajaksi. Hänellä tulee olla sairaanhoitajan perustutkintoa täydentävä lisä- tai täydennyskoulutus. Asiantuntijahoitajalla on ammatillista ja laaja-alaista osaamista hoitotyöstä. Työkokemusta ja työelämäosaamisen taitoja tulee olla riittävästi. Vestmanin tutkimuksessa vaadittava työkokemus vuosina vaihteli yhden ja kahdenkymmenen vuoden välillä. Hoitajan asiantuntijuudesta esimerkkinä ovat jo käytössä olevat diabetes- astma-, reuma- ja sydänhoitajat. He ovat

erikoistuneet lääketieteellisten sairausryhmien mukaiseen hoitotyöhön lisä- ja täydennyskouluttautumalla sekä hyödyntämällä työkokemustaan. (Hopia 2006; Liimainen 2009, 11.)

Vesterisen (2011) SoTe-ennakoinnin loppuraportissa kuvataan asiantuntijahoitajan vastaanottotyössä toimimisen edellytyksinä vahvaa substanssiosaamista tietystä sairaudesta. Osaamista kartutetaan erikoistumisopintojen ja työkokemuksen avulla. Osaamista tulee olla myös itsenäisen vastaanottotyön pitämisestä, puhelinneuvonnasta ja ATK-järjestelmien käytöstä. Osaamisvaatimuksiin kuuluvat myös pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito, seuranta ja sairauksien ennaltaehkäisy. Pitkäaikaissairaiden hoitomalli on tunnettava, koska asiantuntijahoitaja tekee moniammatillista yhteistyötä pitkäaikaissairaita asiakkaita hoitaessaan. Tulevaisuudessa oletetaan, että asiantuntijahoitajat ovat suorittaneet myös rajatun lääkkeenmääräämis-koulutuksen. Kuviossa 1. on esitelty millaista osaamista tarvitaan asiantuntijahoitajan vastaanoton pitämiseen.

#### **ASiantuntijahoitajan vastaanottoihin tarvittava osaaminen**

- vahva substanssiosaaminen ja riittävä kokemus
- lääkehoito-osaaminen ja -pätevyys
- itsenäisen vastaanoton pitäminen
- puhelinneuvonta
- pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito, seuranta ja ennaltaehkäisy omalla erityisalueella
- sähköiset järjestelmät sekä niiden käyttö hoidossa ja vuorovaikutuksessa

Kuvio 1. Asiantuntijahoitajan vastaanottoihin tarvittava uusi osaaminen (Vesterinen 2011).

Terveysthuollon ammattiryhmien välisellä *työnjaolla* on pyritty vastaamaan haasteisiin, joita kohdataan perusterveydenhuollossa. Hoitajien tehtävienkuviin on lisätty esimerkiksi hoidon tarpeen arviointi ja pitkäaikaissairaiden seuranta. Näillä toimilla pyritään tehostamaan vastaanottotoimintaa, parantamaan hoitoon pääsyä ja alentamaan kustannuksia. (Peltonen 2009, 171.)

Yhtenä työnjaon määritelmänä voidaan käyttää eri ammattiryhmien taitojen hyödyntämistä ja käyttämistä kulloisenkin tilanteen tai ajankohdan aiheuttamien vaatimusten mukaan vaihdellen. Työnjako voidaan määritellä olevan myös yksittäisten ammattiryhmien rooliin kuuluvaa tehtävien yhdistämistä. Tämä tarkoittaa, että yksilöiden tehtäväkuvat ovat laajat ja monipuoliset. (Merkel 2011, 9.)

Työnjako käsittää yksilön osaamisen ja kokonaisuuksien hallitsemisen, vanhemman ja nuoremman työntekijän välisen töiden jakamisen tai moniammatillisten tiimien toiminnan. Työnjakoon voi kuulua uusien tehtäväkuvien perustamista, olemassa olevien tehtävien laajentamista tai tehtävien siirtämistä ammattiryhmältä toiselle. Työnjakoa toteuttaessa voidaan henkilöstöä siirtää tehtävien mukaan, muokata palveluja tarpeen mukaan tai vaihtaa palvelujen tarjoajaa ja työntekijöitä organisaation sisällä. Organisaatioon voidaan luoda myös kokonaan uusia tehtäviä. Työnjaossa koko yhteisön toimintaa kehitetään niin, että tehtävät ja työnjaot järjestetään tarkoituksenmukaisesti hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. (Sibbald 2004, 28.)

Henkilöstön osaaminen tulee aina varmistaa työnjakoa uudistettaessa. Henkilöstön osaamisen arviointiin on käytössä erilaisia menetelmiä. Säännöllisesti käytävissä kehityskeskusteluissa arvioidaan työntekijän koulutustarpeita sekä haasteita joita työn kehittämisessä on työntekijän osaamiseen nähden. Työnjaon uudistamisen yhteydessä tulisi myös tarkistaa palkka. Kullekin työtehtävälle tulisi laatia tehtäväkuvaus, jossa määritellään tehtävän vaativuus ja erityisosaamistarpeet. (Haapaaho 2009, 5.)

Terveysthuollon henkilöstön työn sisältö kehittyy koko ajan. 2000-luvulla todettiin, että työnjaon kehittäminen oli alkanut mennä lainsäädännön kannalta harmaalle alueelle. Tällöin alettiin puhumaan tehtävänsiirroista. Nykyään tehtävänsiirtoja on tehty jo suurimmassa osassa työpaikosta. Yli kolmannessa työpaikoista on tehty tehtävänsiirtoja lääkäriltä sairaanhoitajille ja sairaanhoitajilta lähihoitajille. (Sairaanhoitajaliitto 2007.)

Tehy on selvittänyt mitä ovat yleisimmät tehtävänsiirrot. Selvityksen mukaan yleisimpiä tehtävänsiirtoja ovat kiireettömän hoidon arvioinnit, sairaan- ja terveydenhoitajan päivystysvastaanotot sekä esimerkiksi erilaiset toimenpiteet. (Sairaanhoitajaliitto 2007.)

*Tehtävänsiirrolla* tarkoitetaan tiettyjen tehtävien sisällyttämistä, jo kyseiset tehtävät hallitsevan ryhmän lisäksi, toisen henkilöstöryhmän tehtäviin (Tehy, työnjaon kehittäminen). Yleisimmin tehtäviä siirretään lääkäreiltä laillistetulle hoitohenkilökunnalle. Tehtävänsiirtoja tehdään myös hoitohenkilökunnan kesken ammattiryhmältä toiselle. (Tehy 2006.) Terveysthuollon ammattihenkilölainsäädännössä todetaan, että tehtäviä siirrettäessä tehtävät hallitsevan ryhmän lisäksi toiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle, tulee osaaminen varmistaa ja tehdä tehtävänsiirrosta kirjallinen sopimus.

*Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta* kuuluu terveyskeskuksen kautta tarjottavaan kansanterveyslain mukaiseen toimintaan. (Kokko 2009, 38.) Perusterveydenhuollon kuuluu tarjota sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanottopalveluita sekä äkillisten että lievien terveysongelmien hoidossa. Tarjottaviin vastaanottopalveluihin kuuluvat myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden seuranta ja hoitajien puhelinpäivystys ja –neuvonta. (Peltonen 2009. 54.)

Jotta ymmärtäisi paremmin miksi asiantuntijahoitajia tarvitaan nykypäivänä, on hyvä tutustua myös perusterveydenhuollon kehitykseen. Suomalaisen *perusterveydenhuollon* juuret yltävät 1900-luvulle, jolloin kunnalliset terveyspalvelut toteutettiin kunnallislääkäreiden ja kunnallisten terveydenhoitajien toimesta. Koko maan kattava sairausvakuutusjärjestelmä kehitettiin 1960-luvulla, jonka avulla terveydenhuollon painopistettä pyrittiin siirtämään sairaaloista avopuolelle. Sairausvakuutusjärjestelmän avulla pyrittiin tasaamaan terveydenhuollon palveluiden käytämisestä koituvia kustannuksia asiakkaiden välillä. (Kokko, Peltonen & Honkanen 2009, 6.)

1972 tuli voimaan kansanterveyslaki, jonka myötä erillisinä toimialoina tai yksiköinä toimineet kunnalliset palvelut kerättiin terveyskeskukseksi nimetyn saman hallinnon alle. Kansanterveyslaissa määriteltiin ne palvelut, jotka kunnan tuli tarjota asukkailleen kansanterveystyönä. Terveyskeskuksen alla toimivat tämän jälkeen kunnanlääkäri, kouluhammaslääkäri, neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palvelut. Myöhemmin siihen liitettiin myös työterveyshuolto, opiskeluterveydenhuolto, mielenterveystyö ja kuntoutukseen liittyvät tehtävät. (Kokko 2009, 6.)

1970–1980-luvulla aloitettiin rakentamaan pitkäaikaishoidon paikkoja vanhuksille. Nykyisin lähes jokaisella terveyskeskuksella onkin oma sairaalahoitoyksikkönsä. Kehittämistoiminnan päätavoitteeksi otettiin tällöin muutenkin tilojen rakentaminen ja voimavarojen kasvattaminen. Jälkikäteen arvioiden toiminnan laatu ja tuotavuus sekä palveluiden saatavuus huononivat kyseisenä ajanjaksona. (Kokko 2009, 7.)

1990-luvulla pyrittiin parantamaan palveluiden saatavuutta ja vähentämään päivystyskäyntejä. Sen myötä siirryttiin omalääkäri- ja väestövastuulääkärikokeiluihin. 1990-luvun puolivälissä palvelut toimivat ja saatavuus olikin kohtuullisen hyvää. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutuksessa tehtiin 1990-luvun lama-vuosina supistuksia, jotka on huomattu näin jälkikäteen hätäisiksi päätöksiksi.

(Kokko 2009, 7.)

2000-luvun lääkäri työvoimapula on nopeuttanut kehitystä, jonka myötä lääkäreiltä on siirretty työtehtäviä hoitajille joko kokonaan tai osittain. Yleisimmät lääkäreiltä hoitajille siirrettävät tehtävät ovat liittyneet äkillisiin sairauksiin ja pikkutapaturmiin tai pitkäaikaissairauksien hoitoon. Suunta ei ole varsinaisesti uusi, vaan esimerkiksi pitkäaikaissairauksiin liittyvää sairaanhoitajan suorittamaan polikliinistä hoitotyötä on toteutettu jo 1970-luvulta lähtien. 2000-luvulla on hyödynnetty kansallista terveyshanketta uusien työnjakojen kehittämässä ja arvioidessa. Sairaanhoitajan työpanos on otettu paremmin käyttöön kehittämällä ”työparityöskentelyä”, tiimimalleja sekä hoitajan puhelinpalvelua ja akuuttivastaanottoa. Samalla omalääkärin palveluita ollaan korvaamassa siltä osin, että ne ja omahoitajuus kuitenkin säilyisivät palveluita paljon käyttävillä ja pitkäaikaissairailla asiakkaila. (Kokko 2009, 14.)

Terveyskeskusten vahvistamista tuetaan mm. uudella terveydenhuoltolailla sekä Toimiva terveyskeskus -ohjelmalla. Toimiva terveyskeskus -ohjelman avulla pyritään turhien lääkäriissäkäyntien vähentämiseen, hoitajien osaamisen tehokkaampaan hyödyntämiseen sekä asiakkaiden omatoimisen kotihoidon lisäämiseen.

## **2.2 Toimiva terveyskeskus -ohjelma**

Suomen perusterveydenhuollon vahvistaminen kuuluu valtakunnallisiin linjauksiin. Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma on Peruspalveluministeri Paula Risikon syyskuussa 2008 julkistama kuntien perusterveydenhuollon kehittämistä tukeva ja ohjaava ohjelma. Sitä toteutetaan kehittämishankkeina eri aloilla ja alueilla. Ohjelmassa ovat mukana Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos, Kansaneläkelaitos, Kuntaliitto sekä ammattijärjestöjä



ja muita järjestöjä. Terveyskeskukset toimivat ohjelman toteuttajina. (STM 2010b; Alkio 2011, 139–140.)

Ohjelman kolmeksi prioriteetiksi on nostettu keskeisten ongelmien ratkaisu. Ensimmäiseksi terveyskeskusten tulee panostaa terveyshyödyn tuottamiseen. Tämä uusi ohjelma on suunnattu monisairaille, paljon terveydenhuollon palveluita tarvitseville asiakkaille. Tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairaiden hoidon saatavuutta ja hallintaa sekä kustannusten nousua terveyskeskuksissa. Samalla kehitetään myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa ja yhteistyötä. Toimenpiteitä on otettu käyttöön 2009 — 2011 vuosien aikana. (STM 2010b; Alkio 2011, 139–140; STM 2011, 99.)

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallia, joka on yksi Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman keskeisimpiä toimenpiteitä, on suunniteltu yhteistyössä Sairaanhoidotalouden ja muiden keskeisten ammattijärjestöjen kanssa. Terveyskeskuksissa monisairaalle asiakkaalle nimetään vastuuhenkilö eli asiakasvastaava, joka auttaa asiakasta löytämään oikeat palvelut. Alkujaan terveyshyötymalli eli Chronic Care Model (CCM) on kehitetty USA:ssa ja sitä on sovellettu Euroopassa muun muassa Englannissa, Tanskassa ja Hollannissa. (STM 2011, 99; RAMPE-hanke 2008–2011.)

Asiakasvastaava-toiminnan tavoitteena on vahvistaa asiakaslähtöisyyttä perusterveydenhuollossa. Monisairaat ja runsaasti palveluita käyttävät henkilöt pyritään hahvaimaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tällöin saadaan mahdollisuus tukea kyseistä henkilöä ja vaikuttaa hänen elintapoihinsa. Samalla häntä voidaan auttaa pitämään sairauksien hoitotasapaino, toimintakyky ja elämänlaatu hyvänä. Tästä hyötyvät sekä ikäihmiset että yhteiskunta, koska kyseisin keinoin voidaan myöhentää iäkkäiden ihmisten pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä. (Muurinen & Mäntyranta, 38–39.)

Ensimmäiset asiakasvastaavakoulutukset on aloitettu syksyllä 2011. Koulutus on suunniteltu yhteistyössä ammattikorkeakoulujen terveysalan verkoston kanssa. Asiakasvastaavalla tulee olla vähintään sairaanhoitajan koulutus, työkokemusta ja asiakasvastaavan täydennyskoulutus. Lääkäreiden kanssa ollaan tiiviissä yhteistyössä. Asiakasvastaavan kanssa toimii moniammatillinen tiimi, eri alojen asiantuntijoita hoito- ja sosiaalisektorilta. (STM 2011, 99.)

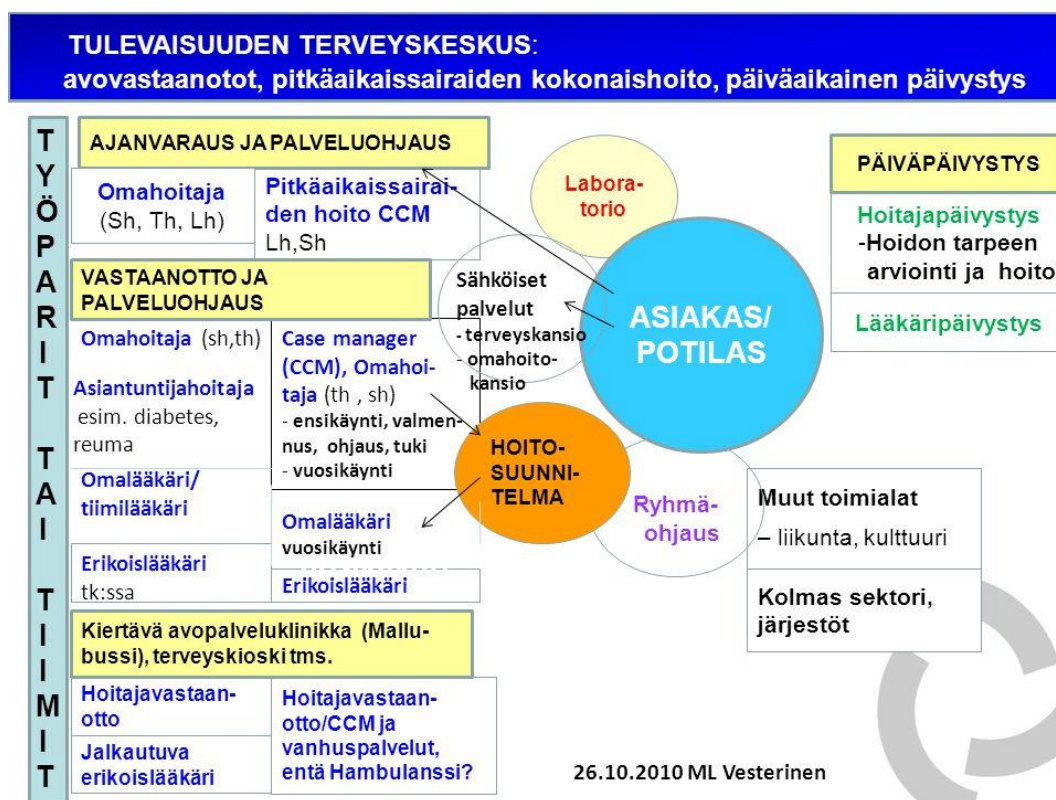
Toiseksi ohjelmassa keskitytään asiakaskeskeisten palvelukokonaisuuksien ja tarpeenmukaisen saatavuuden parantamiseen. Toisin sanoen kansalaisten omatoimisuuden, osallistumisen sekä toimintaedellytyksien mahdollisuuksia parannetaan. Asiakkaan valinnanvapaus ja vapaa hakeutumisoikeus palveluihin on keskiössä. Palveluiden käyttäjien oikeuksia vahvistamalla pyritään turvaamaan kansalaisten yhdenvertaisuutta. (STM 2010b.)

Kolmantena prioriteettina on henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin turvaaminen. Tämä edellyttää terveyskeskuksen henkilöstön työn ja yhteistyön kehittämistä ja mallien käyttöönottoa. Lisäksi henkilöstön pysyvyyttä ja saatavuutta pyritään turvaamaan. (STM 2010b.)

### **2.3 Terveysasemien hoitajavastaanotot tulevaisuudessa**

Avoterveydenhuollossa hoitajavastaanottoja tulee olemaan tulevaisuudessa kolmenlaisia; omahoitajavastaanotto lääkäri-hoitaja-työparissa/-tiimissä, omahoitajavastaanotto/asiakasvastaava pitkäaikaissairaiden hoitomallissa sekä asiantuntijahoitajien vastaanotot. (Vesterinen 2011, 38, 43–44.) Terveyskeskuksen ajanvarauksen ja avovastaanoton osalta on tehty toimintamalli tulevaisuutta ajatellen. Kyseinen toimintamalli on esitelty kuviossa 2 (Vesterinen 2010). Siinä on esitelty myös erilaiset virtuaaliset ja sähköiset palvelujärjestelmät, joita käytetään asiakasneuvontaan, esitetietojen, hoito- tai tutkimustulosten antamiseen. Niitä hyödynnetään myös

hoitosuunnitelman sähköisessä seuraamisessa sekä hoidosta keskustelemisen tukena asiakkaan ja ammattihenkilön välillä.



Kuvio 2. Terveyskeskuksen avovastaanottotoiminnan sisältö (Vesterinen 2010).

Lääkäri-hoitaja-työpari-/tiimimallissa asiakkaalla on omahoitaja ja omalääkäri tai omahoitajan lisäksi lääkitiimi, johonka kuuluvista lääkäreistä omalääkärinä voi toimia kuka tahansa. Tarvittaessa asiakas ottaa yhteyden suoraan omahoitajaansa, jolloin hoidontarpeen arviointi voidaan tehdä suoraan puhelimesta tai omahoitaja voi varata asiakkaalle ajan omalle vastaanotolleen. Hoitaja voi antaa myös tarvittavat läheteet tutkimuksiin, jotka otetaan tarvittaessa vastaanottokäyntiä varten. Omahoitaja voi varata ajan omalääkärille/erikoislääkärille niin parhaaksi nähdessään. (Vesterinen 2011, 38.)

Pitkäaikaissairaiden hoitoa koordinoivien asiantuntijahoitajien/asiakasvastaavien työnkuvaan kuuluu hoitotyön lisäksi ohjata, seurata ja valmentaa asiakkaan hoitoa kokonaisvaltaisesti. Heidän tulee pyrkiä myös sitouttamaan asiakas omahoitonsa aktiiviseksi toteuttajaksi. (Vesterinen 2011, 41.)

Asiantuntijasairaanhoitajien vastaanottoja pitävät hoitajat ovat erikoistuneet esimerkiksi diabetes-, muisti- tai reumahoitajiksi. Kyseiset hoitajat ovat käyneet joko erikoistumisopinnot, klininen asiantuntija YAMK, tai räätälöidyn täydennyskoulutuksen. Asiantuntijahoitajan vastaanotolle potilas hakeutuu tietyn sairauden takia. (Vesterinen 2011, 38–39.)

Asiakkaiden tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin asiantuntijahoitajavastaanoton käyttöön oton jälkeen on tehty useita kansainvälisiä tutkimuksia. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että tyytyväisyys terveyspalveluihin oli parantunut. Ennalta tiedottamisella sairaanhoitajan osaamisesta ja asiantuntijuuden vahvistumisesta lisäsi asiakkaiden tyytyväisyyttä. (Elola 2013, 14) Sairaanhoitajien antamaan hoitoon oltiin muissakin tutkimuksissa, joihin tutustuttiin, vähintään yhtä tyytyväisiä kuin lääkärin antamaan hoitoon. Hoitajilla oli koettu olevan enemmän aikaa potilaalle ja he myös määräsivät lääkäreitä enemmän tutkimuksia. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että potilaat kokivat saavansa sairaanhoitajilta enemmän tietoa kuin lääkäreiltä. He kutsuivat myös potilaat nopeammin uudelleen vastaanotolle kuin lääkärit. Sairaanhoitajat kirjaaminen oli tarkempaa kuin lääkäreillä ja he saivat tutkimuksissa paremmat pisteet potilaiden kanssa kommunikoinnista lääkäreihin verrattaessa. Sairaanhoitajat panostivat myös enemmän potilaan omahoidon ohjaamiseen. (Horrocks 2002, 821; Buchan & Calman 2004, 5; Laurant 2004.)

Asiakaslähtöinen terveyspalveluohjaus liittyy tiiviisti tulevaisuuden terveysasemien hoitajavastaanottoon. Palveluohjausmalli on hoitajajohteinen. Tiimityöskentely ja vahva ammatillisuus ovat tärkeä osa mallia, jota asiantuntijahoitaja toteuttaa yhdessä asiakkaan kanssa.



Tällä avoterveydenhuollossa toteutettavalla asiakaslähtöisellä ja ennakoivalla palveluohjauksella pyritään parantamaan asiakkaiden elämänlaatua ja vähentämään suunnittelemattomia sairaalahoitojaksoja. (Kanste, Timonen, Ylitalo & Leppälä 2009.)

Palveluohjausmallissa hoitohenkilökunnalta vaaditaan tiimityöskentelyn sujumista sekä vahvaa ammatillisuutta. Paikalliset terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmät tulee myös tuntea hyvin. Tällöin pystytään vastaamaan asiakkaan yksilöllisiin ja monitahtoisiin hoidontarpeisiin sekä suunnitella asiakaslähtöisesti hoidon kokonaisuutta ja palveluprosesseja. (Kanste 2009.)

Asiakkaan kannalta palveluohjausmallin sujuva toteuttaminen tarkoittaisi asioinnin yksinkertaistamista ja palveluiden joustavuuden lisäämistä. Palvelut myös pyritään tuottamaan mahdollisimman lähellä asiakasta. Eri palveluiden tuottajat pyritään sitouttamaan yhtenäiseen toimintatapaan, joka on sovittu palvelusuunnitelmassa. Terveyspalveluiden suurkuluttajalle nimetään omasta terveyskeskuksesta kokenut sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja omaksi palveluohjaajaksi. (Kanste 2009.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmien käyntitilastojen sekä henkilöstön arvioinnin avulla selvitetään kunnittain, ennen asiakasvastaanoton käynnistymistä, kuinka paljon runsaasti hoitoa vaativia asiakkaita on. Yhteistyössä asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa laaditaan räätälöity palvelusuunnitelma. (Kanste 2009.)

## **2.5 Potilaan omahoidon tukeminen**

Haluttaessa kehittää terveydenhuollon vaikuttavuutta, täytyy löytää uusia keinoja väestön terveyden edistämiseen. Omahoitoon panostamalla voidaan kannustaa ih-

misiä ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja elämään terveellisemmin. Tällöin he sitoutuvat myös näyttöön perustuviin hoitoihin. (Routasalo 2009, 2351.)

Näkökulman halutaan muuttuvan hoitomyöntyvyydestä hoitoon sitoutumiseen ja edelleen hoidosta sopimiseen. Tästä seuraa uudenlaiset roolit ammattihenkilölle ja potilaalle heidän keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja hoitopäätöksen tekotilanteessa. (Routasalo 2009, 2352.)

Potilailla on yhä aktiivisempi rooli hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Heidän vaikutus- ja valinnanmahdollisuudet ovat lisääntyneet. Asiantuntijan tulee rohkaista potilasta itse ratkaisemaan asioita joita hoitoon liittyy. Potilas odottaa tulevansa kuulluksi, jolloin tarvitaan tasavertaista työtettä. (Ranta 2011, 43–44.)

Terveydenhoidon tulee olla potilaan aktiivisuutta, omatoimisuutta sekä terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista tukevaa toimintaa. Potilaan tulee itse asettaa omahoitonsa tavoitteet. Tällöin potilas myös sitoutuu hoitoon paremmin. Ymmärtäessään itse omien toimintojen vaikutukset sairauksien syntyyn ja niiden pahenemiseen on todennäköisempää, että hän myös tekee elämäntapamuutoksia. (Muurinen 2010, 28.)

Potilaan tulee olla aktiivinen toimija ja omahoidossa tulee olla selkeästi määriteltynä omahoitoa tukevat toiminta- ja seurantakäytännöt. Erilaisille väestöryhmille ja erilaisiin tarpeisiin tulee terveyskeskuksen myös tarjota uusia toiminta- ja palvelumalleja. Uusi teknologia vahvistaa potilaan omahoidon toteuttamisen onnistumista. (Muurinen 2010, 29.)

Asiantuntijahoitajien tulee pyrkiä parantamaan potilaan hoidon laatua. Hoitaja tekee hoitosuunnitelmat yhdessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Hän myös ohjaa potilasta ja tämän omaisia. Työskennellessään välittömässä hoitotyössä, on

hänellä mahdollisuus myös kehittää hoitotyötä seuratessaan hoitotyötä läheltä ja ollessaan yhteistyössä johdon ja muun henkilökunnan kanssa. (Mäkelä 2001, 23–24.)

Omahoidon tukemisen hyödyllisyyttä on tutkittu vaikuttavuutta ja taloudellista näkökulmaa ajatellen. Kyseisistä tutkimuksista on selvinnyt, että omahoitoa tuemalla on pystytty vähentämään diabeetikoiden ja nivelrikkopotilaiden kokemia oireita, parantamaan heidän terveydentilaansa sekä vähentämään terveyspalveluiden käyttöä. (Routasalo 2009, 2358.)



### **3 TEHTÄVIEN JA TYÖNJAON UUDISTAMINEN PERUS- TERVEYDENHUOLLOSSA**

Sosiaali- ja terveysministeriö selvitti vuonna 2001 (STM 125:2/2001) terveydenhuollossa tarvittavaa työvoiman tarvetta ja keskinäistä työnjakoa, työolosuhteiden kehittämistä ja täydennyskoulutuksen järjestämistä. Tämä selvitys tehtiin Valtioneuvoston laatiman asetuksen 13.9.2001 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM 125:00/2001) pohjalta. Selvityksessä päädyttiin ehdottamaan toimenpiteitä terveydenhuollon henkilöstön työnjaon järkevöittämiseksi. (Uusitupa & Simoila 2002, 5–16.)

#### **3.1 Toiminnan tehostaminen**

Henkilöstön riittävyys tulee olemaan tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpia haasteita. Koulutetun työvoiman saamiseen ja alalla pysymiseen tulee sosiaali- terveyspalveluiden järjestämisessä ja kehittämisessä kiinnittää erityistä huomiota. Kyseiseen asiaan voidaan vaikuttaa kouluttamalla henkilökuntaa, työnantajan henkilöstöpolitiikalla ja johtamisella sekä työolosuhteiden ja palkkauksen kehityksellä. (STM 2003,18, 26–29)

Vuonna 2006 Stakes käynnisti Terveiden edistämisen vertaistietojärjestelmän kehittämishankkeen. Hanke on kaikki kunnat kattava seuranta- ja vertailutietojärjestelmä kuntien terveydenedistämiseksi. Kyseisessä hankkeessa kehitettiin TEAviisari-verkkopalvelu, jonka avulla kuvataan kunnan toimintaa kuntalaisten terveyden edistämiseksi. TEAviisari-palvelu kehitettiin tukemaan kuntien ja alueiden terveydenedistämistyön suunnittelua ja johtamista. Kyseiseen hankkeeseen

seen kuului Terveyskeskus-osahanke, joka toteutettiin syksyllä 2008 terveyskeskuksien seurantakyselynä. Tuloksista ilmeni, että eniten terveyskeskuksien työvoiman riittävyydessä oli puutteita lääkäreiden osuudessa. Yleisintä lääkäri-vaje oli yli 20 000 väestön terveyskeskuksissa. Kyselyn tulokset viittasivat siihen, etteivät sen aikaiset henkilöstöresurssit olleet riittäviä. (Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2008, 4, 177; Thl 2014)

Lääkäriliiton (2008) mukaan terveyskeskuksien lääkäri- ja hammaslääkäripula on pahentunut ja terveyskeskusvakanseissa pysyminen huonontunut koko 2000- luvun ajan. Tilanteessa on paljon vaihtelua maan eri alueiden välillä. Vajetta löytyy eniten syrjäisissä kunnissa ja eräissä ongelmaterveyskeskuksissa. Parhaimmalta tilanne näyttää yliopistosairaalapaiikkakunnilla ja niiden läheisyydessä sekä Päijät-Hämeessä. (Kokko 2009, 12–13.)

Resurssipulan vuoksi ongelmia ratkotaan toimintaa tehostamalla. Kustannuksia vähennetään ja toimintaa tehostetaan lääkäreiden tehtävien siirrolla hoitajille. Hoitajien ollessa pienempipalkkaisia kuin lääkärit, tulee kunnille houkutus siirtää lisää lääkäreiden tehtäviä hoitajille. Suuressa osassa terveyskeskuksia oleva lääkäripula lisää tehtävien siirtämisen tarkoituksenmukaisuutta. Lääkärien ja hoitohenkilökunnan välisten tehtävien uudelleen jako vapauttaa lääkärit hoitamaan vaativimpia sairauksia. (Syväoja & Äijälä. 2009, 45; Kauppinen 2009.)

Uudistettaessa terveydenhuollon henkilöstön tehtäviä ja työnjakoa kehitetään samalla koko työyhteisöä. Hoidon kokonaisuus ja eri ammattiryhmien osaaminen ja yhteistyö otetaan huomioon toimintaa kehitettäessä. Tällöin myös eri yksiköiden, ammattiryhmien ja yksittäisten työntekijöiden työmäärän hallittavuus ja oman työn hallinta paranee. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 6)

Tehtäviä arvioidaan uudelleen koko hoitoketjussa ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä ja tehtäviä uudelleen organisoidaan. Prosessijohtamisella on tärkeä rooli suunniteltaessa ja toteutettaessa uudistuksia. Tällöin on tärkeää, että oikeat henkilöt

ovat oikeissa paikoissa oikeaan aikaan ja henkilöstöresurssit ovat oikein mitoitettuja. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 6.)

Suomessa on lähdetty toteuttamaan terveydenhuollon henkilöstön tehtävien ja työnjaon uudistamista useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa. Lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien välistä työnjakoa on aloitettu kehittämään lähes joka neljännessä terveyskeskuksessa. Työnjaon kehittäminen on ollut yleensä ottaen sujuvaa. (Peltonen 2009, 54.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportista, Perusterveydenhuolto 2012, ilmenee että lääkäriissäkäynnit ovat vähentyneet 2000-luvun laskevan trendin mukaisesti. Samanaikaisesti käynnit muun ammattihenkilökunnan vastaanotolla ovat lisääntyneet. Lääkärikäyntien vähenemiseen vaikuttavat muutokset perusterveydenhuollon avohoidon toimintatavoissa, työnjaon kehittäminen ja tehtävien siirto lääkäreiltä hoitajille. Tällä tavoin potilaita kannustetaan siirtymään lääkärikeskeisestä hoidosta omatoimiseen hoitoon hoitajien ohjauksessa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti, 2013.)

Tutkimustulokset kertovat, että työnjaon kehittäminen sekä hoitajien tehtäväkuvien laajentaminen on parantanut asiakkaiden hoitoon pääsyä, vähentänyt lääkäripäivystyksen tarvetta ja tehostanut toimintaa. Lääkärit ja hoitajat ovat kokeneet työnsä mielekkäämmäksi, vaikka työn määrä ei olekaan vähentynyt. Työnjaon sujuvuuden kannalta hoitajien ja lääkäreiden välisen yhteistyön tulee olla toimivaa. Hoitajilla tulee olla myös mahdollisuus konsultoida lääkäreitä tarvittaessa. (Peltonen 2009, 54.)

Tehtävänsiirtoon tuo omat haasteensa ammatilaisille järjestettävä koulutus ja vastuukysymysten määrittely. Mahdolliset haitat potilaille ja työntekijöille tulee pyrkiä välttämään. Suunniteltaessa tehtävien ja työnjaon muutoksia terveydenhuollossa, tulee aina varmistaa henkilöstön osaaminen. Työnantajan, ensisijaisesti esimiehen,

tehtävänä on varmistaa, että henkilöstön ammattitaito ja koulutus riittävät annettuihin tehtäviin. Henkilöstön osaamista pyritään hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti ja laaja-alaisesti. ( Syväoja & Äijälä. 2009, 46; Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 16.)

### **3.2 Henkilöstön kouluttaminen ja kehittäminen**

Sairaanhoitajan roolin uudistamisesta perusterveydenhuollossa avohoidon puolella on käynnissä sosiaali- ja terveystieteellisiä ohjelmia ja säädösvalmisteluja. Koulutuksissa ja johtamisessa pyritään tukemaan sairaanhoitajan roolin uudistamista. Tavoitteena on saavuttaa turvallisempaa ja vaikuttavampaa hoitoa sekä luoda toimivampi palvelujärjestelmä. (Muurinen, Nenonen, Wilskman & Agge. 2010, 127.)

Työnantaja on velvoitettu täydennyskouluttamaan henkilöstöä. Tämä velvoite on asetettu terveydenhuoltolakiin. Terveystieteiden ammattihenkilöstöä itseään on myös velvoitettu pitämään yllä ammattitaitoaan. Henkilöstöä lisäkoulutetaan tarpeen mukaan ja tapauskohtaisesti. Annettava koulutus on riippuvainen siitä kuinka laaja organisaation muutos on. Joskus voi riittää työpaikkakoulutuksena annettava perehdytys muuttuviin tai uusiin tehtäviin. Työpaikkakoulutuksen lisäksi voidaan ajatella ammatillista lyhyt- tai pitkäkestoista täydennyskoulutusta. Tarvittaessa voidaan ryhtyä myös muuten ammatillisesti lisä- tai jatkokouluttamaan sekä uudelleen kouluttamaan. ( Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 16–17.)

Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton ICN suosituksen mukaan sairaanhoitajan laajennetussa tehtävänkuvassa toimivalla henkilöllä tulisi olla maisteritasoinen koulutus. Ruotsissa sairaanhoitajien laajennettuun tehtävänkuvaan on käytetty avancerad specialistsjuksköterska -koulutusta. Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja voi hakea kyseiseen koulutukseen, jos erikoistumisopinnot on suoritettu ja heillä on rajattu

lääkkeenmääräämisoikeus. Tämän lisäksi heillä tulee olla kaksi vuotta työkokemusta. (Syväoja & Äijälä. 2009, 52.)

Suomessa on järjestetty jonkin verran ammattikorkeakoulutasoista lisäkoulutusta sairaanhoitajien laajennettuun työnkuvaan, tehtävien siirtoon sekä lääkärin ja hoitajan työparityöskentelyyn. Koulutusta on järjestetty yliopiston maisterikoulutuksena, ylempänä ammattikorkeakoulututkintona ja näiden lisäksi myös ammatillisina erikoiskouluopintoina tai lyhytkestoisempina täydennyskoulutuksena. Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt sairaanhoitajan laajennetun työnkuvan osalta osaamiskokonaisuudet, osaamiskuvaukset ja osaamisen vähimmäisvaatimukset, jotka ovat valtakunnallisesti yhtenäisen opetussuunnitelman perusta. Osaamisen varmistamiseksi on järjestetty kirjallisia tehtävänsuoritusohjeita, näyttökokeita tai lyhyttä henkilökohtaista koulutusta. Suomessa on kuitenkin vielä kirjavaa käytäntöä tehtäväsiirtoihin liittyvän koulutuksen ja lupakäytäntöjen toteutuksessa. (Syväoja & Äijälä. 2009, 53; Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Sairaanhoitajan roolia uudistettaessa, kouluttautumisen ja perehdytysjakson jälkeen, tulee hänelle määrätä oma mentori, jona toimii yleensä yksi työpaikan lääkäreistä. Mentorina toimivan lääkärin ja hoitajan työpisteet tulee sijaita fyysisesti lähellä toisiaan, jotta mentorointi olisi sujuvaa. Mentorin tehtävänä on auttaa hoitajaa eli omaa aktoriansa vahvuuksiensa löytämisessä ja kriittisen ajattelutavan lisäämisessä. Hänen tulee myös vahvistaa aktorinsa ammatillisesti ja emotionaalisesti. Hoitotyössä mentori on aktorille ammatillinen voimaannuttaja, mikä näkyy eri vaiheissa mentorointisuhdetta. (Juusela ym. 2000, 56–57; Jokinen ym. 2010, 63.)

Asiantuntijahoitajan osaamisen varmistamista pidetään tärkeänä. Aiheesta on käyty keskustelua, kuinka tärkeää on koulutuksesta hankitun osaamisen varmistaminen ja valtakunnallinen rekisteröinti esimerkiksi lääkehoidon osalta. Osaamisen varmistaminen tulisi toteuttaa yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti. Suomessa ei ole sovittu valtakunnallisesti yhtenäisiä menetelmiä ja työkaluja työpaikalla tapahtuvan osaamisen tunnistamiseen ja arvioimiseen. Terveyskeskusten vastaanotoilla on todettu

olevan kirjavia ja vaihtelevia käytäntöjä osaamisen varmistamisessa. Perusterveydenhuollon vastaanotolla tulisi kuitenkin tarkastella siellä työskentelevien tiimien ja ammattiryhmien osaamista kokonaisuutena. (Koikkalainen ym. 2011, 28.)

Tarvittavaa tietopohjaa tehtävä- ja työjakomuutoksille ja niiden edellyttämille henkilöstön koulutustarpeille saadaan muun muassa säännönmukaisista kehityskeskusteluista, kunnan palvelu- ja henkilöstöstrategioihin perustuvista henkilöstösuunnitelmista, henkilöstön kehittämissuunnitelmasta, osaamiskartoituksesta sekä henkilöstökertomuksista. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 17.)

Uudet toimintaperiaatteet, vastuutukset ja vastuunjakojen tulee olla selviä kaikille yhteisössä toimiville. Silloinkin, kun muutokset eivät koske koko yhteisöä. Tämä siksi, että terveydenhuollossa eri henkilöstöryhmien ja tiimien työ on usein kiinni toisen työstä. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 25.)

Henkilöstön kehittämisen tulee olla tavoitteellista. Osaamisen tason tulee kehittyä niin, että myös toiminnan laatu ja tulos paranee. Kehittämisen tuloksien tulee näkyä myös taloudellisissa näkymissä. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 13.)

### **3.3 Lääkäri-hoitaja työparityöskentely**

Useimmissa maamme terveyskeskuksissa toteutettu lääkäri-hoitaja työparityöskentelyn toimintamalli perustuu vuosina 2002–2007 toteutetun Kansallisen terveys-hankkeen työnjakoon liittyviin suosituksiin. Kyseisen hankkeen päätavoite oli väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyystä riippumatta. Muut lääkäri-hoitaja työparityöskentelyyn ohjaavat suositukset liittyivät hoitajavastaanoton lisäämiseen sekä terveydenhoitajan ja kättilön laajennettuihin tehtäväkuviin kotihoidossa ja äitiysneuvolassa. (STM 2008; Syväoja & Äijälä. 2009, 54.)

Sairaanhoitajaliiton (2014) julkaisun mukaan osassa Helsingin terveystasemia on käytössä omalääkäri ja omahoitaja työparit. Työparilla on käytössä sähköinen monisairaalan potilaan hoitomalli, jonka mukaan työpari suunnittelee ehkäisevän toiminnan sekä kroonisten sairauksien hoidon. Kyseisillä terveystasemilla työpari hoitaa myös pääsääntöisesti oman alueensa akuuttivastaanoton. Terveystasemilla on tämän lisäksi kiireellistä ensiapua tarvitseville erillinen päivystysjärjestelmä. Omahoitajat toimivat vuorotellen päivystävänä hoitajana. Kyseisillä terveystasemilla lääkäreillä on aikaisempaa enemmän akuuttiaikoja tarjottavana. (Kauppinen 2009.) Peltosen (2009) väitöskirjassa todetaan myös lääkäreiden vastaanottojen saatavuuden parantuneen hoitajavastaanottojen myötä.

Potilaat ovat yhteydessä suoraan omahoitajaan, jolloin he yhdessä arvioivat hoidon kiireellisyyttä. Hoitaja voi antaa neuvoja tai varata ajan itselleen tai lääkärille. Omahoitajan päiväjärjestykseen on varattu kaksi puhelintuntia ja muina aikoina puhelimeen vastaavat terveystaseman toimiston perushoitajat. Lääkäri – hoitajatyöparin huoneet pyritään sijoittamaan vierekkäin, jotta konsultointi olisi mahdollisimman vaivatonta. (Kauppinen 2009.)

Hoitajan osaaminen, ennaltaehkäisevä työ ja kroonisesti sairaiden hoito on korostunut työparityöskentelymallissa. Työparityöskentelyssä lääkärin ja hoitajan ammattitaidon ja yhteistyön kautta potilas saa mahdollisimman hyvää hoitoa. Koska työparimallilla hoitajan ammattitaito tulee tehokkaammin käyttöön, uskotaan sen tasaavan palveluiden saantia eri kaupunginosien välillä. (Kauppinen 2009.)

Työparityöskentely on otettu käyttöön myös muillakin paikkakunnilla, kuten Siilinjärvellä, Kuopiossa ja Pirkkalassa. Käytäntö on koettu sujuvoittavan palveluita. Potilas tuntee hoitavan työparin ja työpari potilaan. Henkilökunta on kokenut työn mielekkäämmäksi ja hallittavammaksi työparimallin myötä. (Kauppinen 2009.)

Lääkäri-hoitaja-työparityöskentelystä on lääkäreiden taholta saatu yleisesti ottaen myönteistä palautetta. Moni kokenut yleislääkäri, joista osa kertoi välillä väsyneensä työssään, koki työparityöskentelyn todella tärkeäksi ja myönteiseksi uudistukseksi työuraansa. (Kokko 2009, 31.)

Jotta malli toimisi myös jatkossa, tulee väestön ja henkilökunnan uskoa ja luottaa työparimallin toimimiseen. Työparityöskentelyn toimivuutta mitataankin säännöllisesti tilastoinnin avulla. (Kauppinen 2009.)

### **3.4 Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus**

Lääkkeenmääräämisoikeutta laajennettiin terveydenhuollon ammattihenkilölain (L433/2010) muutoksella, terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 4 a luvussa. Tämän lain mukaan sairaanhoitaja tai sairaanhoitajana laillistettu terveydenhoitaja ja kättilö on oikeutettu määräämään lääkkeitä apteekista terveyskeskuksessa hoitamilleen potilaille. ”Heillä on oikeus aloittaa lääkehoito, uudistaa lääkemääräys ja muuttaa lääkkeen annostusta vastaavan lääkärin tai kun sairaanhoitopiiri hoitaa alueensa terveyskeskuksen päivystyspalvelut, sairaanhoitopiirin johtavan lääkärin antaman kirjallisen määräyksen rajoissa.” Lääkehoidon jatkamiselle on säännelty laissa tietyt edellytykset joita sairaanhoitopiirin tulee noudattaa rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta hyödyntäessä. (STM 2010a.)

Voidakseen määrätä lääkkeitä sairaanhoitajalla tulee olla rajatun lääkkeenmääräämisen edellyttämä erikoispätevyys. Erikoispätevyyden saa suorittamalla rajatun lääkkeenmääräämisen koulutuksen. Koulutuksen jälkeen erikoispätevyyttä tulee hakea Valviralta. Erikoispätevyydestä tulee merkintä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri Terhikkiin. (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. Ammattioikeudet 2013.)



Kyseessä oleva lakimuutos ja asetus on toteutettu sillä ajatuksella, että terveydenhuollon asiakkaiden hoitoon pääsy helpottuisi, vähennettäisiin lääkäreiden työkuormaa, jolloin heillä on myös enemmän aikaa vaativimpien potilaiden hoitoon. Tavoitteena on ollut myös lisätä hoitajavastaanottoja terveysasemilla sekä hoitajien osaamisen kokonaisvaltaisempaa hyödyntämistä. Tällä on pyritty myös edistämään työnjaon tarkoituksenmukaista kehittämistä terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken. Näiden keinojen avulla on ajateltu edistettävän terveyskeskustyön houkuttelevuutta ja tuloksellisuutta. Uudistusten ansiosta on ajateltu saavutettavan myös kustannustehokkuutta, sillä asiakkaita voidaan ohjata useammin hoitajavastaanotolle. (Leinonen 2014, 9.)

Ensimmäiset sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen (1089/2017) edellyttämän lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksen suorittaneet sairaanhoitajat valmistuivat Jyväskylän ammattikorkeakoulusta vuonna 2012 (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2013). Nykyään kyseistä koulutusta on tarjolla jo useammassa ammattikorkeakoulussa. Koulutus järjestetään yhteistyössä yliopistojen kanssa. Sen laajuus on 45 opintopistettä ja se kestää 1 - 1,5 vuotta. Opintokokonaisuuteen kuuluvat tautioppi, kliininen lääketiede, kliininen hoitotyö, farmakologia ja reseptioppi. Koulutus koostuu sekä teoriaopinnoista että käytännön oppimisesta omalla työpaikalla. Ohjaavana lääkärimäisenä toimii yleensä lähiesimies/työparina toimiva lääkäri, ylilääkäri tai johtava lääkäri. Osaamisen näytöllä varmistetaan rajatun lääkkeenmääräämisen erikoispätevyyden edellyttämä osaaminen. Osaamisen näyttö koostuu valtakunnallisesta kirjallisesta kokeesta ja työelämässä tapahtuvasta näytöstä. Valviran myöntämän oikeuden lääkkeenmääräämiseen on hankkinut koulutuksella, syksyyn 2014 mennessä, 142 hoitajaa. (Leinonen 2014, 9.)

Lääkkeenmääräämiskoulutuksen suorittaneille hoitajille ja heidän esimiehilleen toteutettiin tutkimus vuoden 2013 aikana. Tutkimuksesta selvisi, että tärkeimmät syyt koulutukseen hakeutumiseen olivat oman osaamisen kehittäminen, oman työn itsenäisyyden lisääminen ja uratavoitteet, suurempi palkka ja organisaation tavoitteet

ja ehdotus. Tyypillisimmät tehtäväkuvat lääkkeenmääräämiskoulutuksen käyneillä hoitajilla olivat päivystystyö, pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito ja seuranta, aluehoitajan tehtävä tai kahden edellä mainitun tehtävän yhdistelmä. Yksi tyypillinen toimintaympäristö oli myös perhesuunnittelu- tai äitiysneuvola ja opiskeluterveydenhuolto. (Leinonen 2014, 10.) Kuvio 3. esittää lääkkeenmääräämishoitajien tyypilliset tehtäväkuvat.

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myötä lääkäreiden työpaineet ovat helpottuneet ja hoidon saatavuus on parantunut. Uudistuksen myötä sairaanhoitaja voi pitää terveyskeskuksessa akuuttivastaanottoa, hänellä on valmiudet aloittaa potilaan lääkehoito sekä lähettää potilaita jatkotutkimuksiin. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

<p><b>Päivystys</b> (päiväpäivystys, yle-päivystys)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haastattelu, kliininen tutkiminen, hoitosuunnitelman tekeminen itsenäisesti löydösten perusteella, kotihoito-ohjeet, tarvittaessa sairausloma, lääkehoidon määrääminen tavallisiin infektioihin (nielutulehdus, silmätulehdus, virtsatie-infektio)</li> <li>• nenähuuhtelut poskiontelotulehduksiin</li> <li>• korvasärkytutkimus</li> <li>• tarvittaessa lääkärin konsultatio ja resepti</li> </ul>	<p><b>Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito ja seuranta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tyypin 2 diabetes-, sydän- ja verisuonipotilaiden verenpaine- tauti, krooninen eteisvärinä, rasva-ainevaihdunnan häiriöt</li> <li>• astmapotilaiden seuranta, hoito</li> <li>• potilaan hoitosuunnitelman mukaisten lääkkeiden uusiminen</li> <li>• omahoidon ohjaus.</li> </ul>
<p><b>Aluehoitajan tehtävä tai 1-2 yhdistelmä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhdistetty tietyn alueen akuuttien infektioiden ja pitkäaikais-sairauksien hoito.</li> </ul>	<p><b>Perhesuunnittelu- tai äitiysneuvola ja opiskeluterveydenhuolto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ehkäisyvalmisteiden lääkemääräykset</li> <li>• seksuaaliterveydenhoitoon liittyvä neuvonta</li> <li>• lapsettomuuden alkuselvittely</li> <li>• sukupuolitautilien seulonta, hoito ja ohjaus</li> <li>• rokotteet</li> </ul>

Kuvio 3. Lääkkeenmääräämishoitajien tyypilliset tehtävänkuvat (mukaillen Leinonen 2014).

### 3.5 Tehtävämuutokset ja lainsäädäntö

Keskeisimpiä säännöksiä, jotka säätelevät terveydenhuollon ammattihenkilöiden kelpoisuutta ja toimintaa ovat laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1004 ja 564/1994). Ammattihenkilöt on laissa ryhmitelty ns. laillistettuihin ja nimikesuojattuihin. Laillistettu tai nimikesuojattu ammattihenkilö on ammattihenkilölain mukaan oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Ammattihenkilöiden tehtäviä ei ole määritelty tai rajoitettu niitä vain joidenkin ammattihenkilöiden hoidettavaksi. Laissa, lukuun ottamatta eräitä poikkeuksia, ei myöskään puututa hoitohenkilöstön tai hoitohenkilöstön ja lääkärien väliseen työnjakoon. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 8.)

Laillistetut ja nimikesuojatut terveydenhuollon ammattilaiset voivat ammattihenkilölain mukaan tehdä toistensa tehtäviä. Riittävän ammattitaidon omaava henkilö voi toimia myös nimikesuojatuissa ammatissa. Ammattihenkilöstölaissa rajoitetaan taudinmääritys ja lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta päättäminen lääkkeenmääräämisoikeuksineen vain lääkärien ja hammaslääkäreiden tehtäviksi. Eräitä lääkäreille kuuluvia tehtäviä voivat tehdä kuitenkin koulutetut hoitajat, tästä esimerkkinä rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 8.)

Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden tehtäviä on siirretty muille ammattihenkilöille, joilla on jo käytännön kokemusta, tätä tukevaa koulutusta ja perehdytystä annettuihin tehtäviin. Potilaille tarjotaan näin ollen vaihtoehtoja, joiden ansiosta heidän hoitoon pääsy ja itsehoitovalmius paranevat. Sosiaali- ja terveysministeriön hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmaan 2004 – 2007 on koottu esimerkkejä uusista toimintatavoista ja rakenteista. Näiden avulla toimintayksiköt voivat ideoida oman toimintansa kehittämistä. (STM 2004.)

## 4 MUUTOSJOHTAMINEN

Muutosjohtaminen liittyy olennaisesti kunnallisten palveluiden ja toiminnan kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämän vuoksi terveydenhuollon johtajien toiminnan tutkiminen on tärkeässä osassa suunniteltaessa julkisen terveydenhuollon kehittämistä. Johtamiskäytäntöihin tulee tehdä uudistuksia, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia voidaan lähteä toteuttamaan.

Muutosjohtamisen tarkempi teoreettinen tarkastelu on tässä opinnäytetyössä tärkeää, koska sen avulla toteutetaan ja johdetaan palveluissa ja sen toiminnassa toteutuvia käytännön muutoksia. Asiantuntijahoitajuuden sisäanjaa ja käytäntöön panna avoterveydenhuollossa ei pystytä toteuttamaan sujuvasti ilman oikein toteutettua muutosjohtamista.

Teoreettisessa osiossa muutosjohtamista on tarkasteltu yleisellä tasolla. Alaotsikoinnit on valittu sen perusteella, mitkä asiat on nähty tärkeiksi muutosjohtamisen hyvän toteutuksen kannalta. Lopuksi on kerätty teoriaa myös hoitotyön johtamisesta.

Yksi valtakunnallisen KASTE – ohjelman 2008–2011 tavoitteista on johtamisosaimisen parantaminen. Tärkeänä osana johtamista pidetään tuloksellisuuden lisäksi inhimillisten voimavarojen johtamista sekä organisaation oppimisen tukemista. Jotta henkilöstön osaaminen kohdennettaisiin tarkoituksenmukaisesti, vaatii se ammatillista johtamista ja henkilöstön mukaan ottoa oman työnsä suunnitteluun. Tällöin tarvitaan muutosjohtamisen lisäksi myös strategista osaamisen johtamista. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008, 6.) Hyvä ja tehokas johtaja käyttää yleensä ottaen kaikkia eri johtamisen tapoja ja vaihtaa tyylistä toiseen tilanteesta riippuen. Muutosjohtamisella tuetaan kuitenkin parhaiten Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallista uudistamista.

Terveyspalveluita uudistettaessa tulee uudistaa myös niiden johtamista. Muutosjohtamisen taidot ovat tärkeitä tulevaisuudessa, minkä vuoksi niiden tarpeellisuus korostuu sekä koulutuksessa että työpaikalla. Johtamisilmastosta saatu kuva vaikuttaa muun muassa nuorten alalle hakeutumiseen. (Vesterinen 2011, 36.)

Muutosjohtamisessa tarvitaan ammatillista auktoriteettia, jotta päästään menestykselliseen muutokseen. Muutoksen johtajan oma sitoutuminen on ratkaiseva tekijä muutosprosessissa. Organisaatio vastaa samankaltaisella sitoutumisella mitä johtaja prosessille antaa. Johtajan sitoutuminen näkyy johdonmukaisena määrätietoisena käyttäytymisenä. Toimintakulttuuri tulisi olla avointa ja kannustavaa. Mielipiteitä tulisi kuunnella jo päätöksiä valmisteltaessa. Organisaatiota muutettaessa tulisi muutos näkyä myös johtajassa. Ellei johtaja huomaa itsessään muutosta, ei hän voi odottaa tuloksia organisaation muutokseltakaan. (Mäntyranta, Elonheimo, Mattila & Viitala. 2004, 351–352.)

Muutoksissa asioiden johtaminen on tärkeää, mutta suurempana haasteena on ihmisten johtaminen. Vain sen voimin muutoshaluttomuuden syystä päästään eroon ja ihmiset saadaan motivoitumaan toimintamallien muutokseen. Sen kautta muutos saadaan juurtumaan osaksi organisaatiokulttuuria. (Kotter 2005, 19–26.)

Merkittävät muutokset työtehtävissä hoidetaan yhteistoimintamenettelyn mukaan. Jotta muutosjohtaminen olisi tuloksellista, tulee henkilöstö osallistaa ja sitouttaa muutosprosessiin varhaisessa vaiheessa. Tuloksellisuutta pystytään lisäämään motivoimalla henkilöstöä palkan uudelleenarvioimisella. Muutosten vaikuttaminen henkilöstön palkkaan tulee arvioida yhdenmukaisin perustein. KVTE:iin perustuva ns. ehdoton palkankorotus on kyseessä työn kokonaisvaativuuden muuttuessa. Muuten voidaan käyttää harkinnanvaraista palkankorotusta. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 5.)

Muutoksen toteutusvaiheessa on tärkeää vaikuttaa henkilöstön asenteisiin sekä hälventää mahdollisia epävarmuuksia muutosta kohtaan. Muutoksen tavoitteista, visioista sekä eri toimijoiden rooleista tulee kommunikoida organisaatiossa. Muutosprosessiin osallistuvia tulee myös valmentaa, kouluttaa ja osallistaa aktiivisesti. Kaikki mahdollinen tuki organisaatiossa tulee hyödyntää muutostilanteessa. (Nyholm. 2008, 153–154.)

Pohdittaessa muutoksen johtamisen onnistumista, riippuu lopputulos paljolti siitä kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Muutoksen onnistumiseen vaikuttavat paljon muutosprosessin johtamistyyli ja se kuinka hyvin muutoksen tarpeellisuus perustellaan työyhteisölle. Muutoksen kannatus tulee varmistaa erityisesti niiltä työntekijöiltä joita se eniten koskettaa. Tämä koetaan tärkeäksi varsinkin julkisella sektorilla. (Juppo 2011, 57.)

#### **4.1 Johdon rooli muutoksessa**

Ennen muutosprosessin aloittamista tulee organisaatiolla olla tarkka visio siitä mihin päin muutosta ollaan viemässä. Muutosprosessin taustalta löytyy aina joko yhteiskunnallinen muutos tai palvelun käyttäjien näkökulma. Muutoksen perustarkeus tulee olla selvillä, jotta voidaan kriittisesti arvioida kannattaako muutosta ylittäänsä toteuttaa. Ylimmän johdon näkökulmasta tärkeintä on kiteyttää organisaatiomuutoksen visio, miettiä mistä organisaatiolle saadaan luotua tarpeeksi suuret resurssit muutoksen läpiviemiseen ja miten muutos saadaan hallittavaksi koko organisaation tasolla. (Purmonen & Makkonen. 2011, 25.)

Muutoksen suunnittelua ja seurantaa pidetään tärkeänä. Menestyksellinen muutos voi kaatua huonoon suunnitteluun. Muutosten laadun, lähinnä työntekijöiden so-

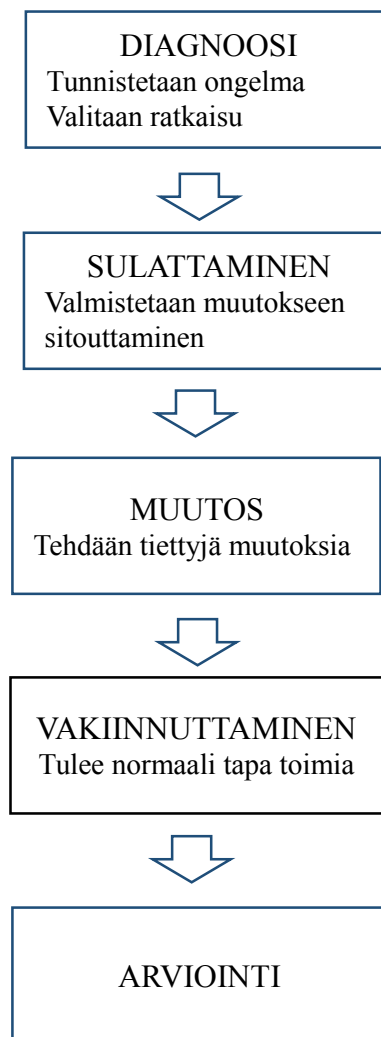
peutumista ja reagointia muutokseen, seuranta kuuluu lähiesimiehille. He raportoi-  
vat näistä muille esimiehille palaverien yhteydessä. (Purmonen & Makkonen.  
2011, 25.)

Kokonaisvastuu toiminnasta kuuluu aina johdolle. Heidän tulee huolehtia uuden  
toiminnan syntymisestä, käynnistämisestä ja seurannasta. Yleisjohtajan tulee hallita  
organisaatio kokonaisuudessaan. (Stenvall & Virtanen 2007, 105.)

Muutostilanteessa esimiehen tulee pystyä kertomaan alaisilleen sen mikä muuttuu,  
miksi muutos tehdään ja miten muutos tulee vaikuttamaan kyseisten työntekijöiden  
toimenkuvaan. Esimiehen itse tulisi olla motivoitunut muutokseen, jotta hän va-  
kuuttavasti pystyy viemään muutosta eteenpäin omalla esimerkillään. Johdon  
heikko sitoutuminen muutokseen vaikuttaa heikentävästi myös alaisten muutosmo-  
tivaatioon. (Purmonen & Makkonen. 2011, 27.)

Organisaation muutoksen toteuttamisesta on kirjallisuudessa löydettävissä useita  
eri malleja. Hilden (2002) esittelee teoksessaan esimerkkimallin muutosprosessista,  
joka on selkeä ja hyvin havainnollistettavissa. Hildenin esittämässä mallissa muu-  
tosprosessi jaetaan viiteen eri vaiheeseen; diagnoosi, sulattaminen, muutos, vakiin-  
nuttaminen ja arviointi. Johdon rooli muutosprosessin onnistuneessa loppuun vie-  
misessä on merkityksellinen. Kuvio 4. esitetään Hildenin esimerkki muutosproses-  
sin vaiheista.





Kuvio 4. Esimerkki muutosprosessin vaiheista (mukaillen Hilden. 2002).

## 4.2 Muutoksen viestiminen

Viestinnän merkitys on korostunut uudistettaessa nykypäivän julkista hallintoa. Suomessa julkinen hallinto onkin usein epäonnistunut muutoksen viestinnässä. Asi-oista ei puhuta tarpeeksi uudistuksien yhteydessä, jolloin työyhteisössä koetaan epätietoisuutta. Muutosten toteuttaminen tulisikin tapahtua avoimesti. Henkilöstön

mukaan otto jo uudistuksen suunnitteluvaiheessa pidetään tärkeänä. (Stenvall 2007, 75.)

Informaation jakaminen on tärkeää muutoksen jokaisessa vaiheessa. Muutosprosessin aikana tapahtuva tiedottaminen voi vaikuttaa yksilöiden muutkokokemukseen. Muutoksista ei voida koskaan tiedottaa riittävästi, vaan yleensä on ainakin joku, joka kokee, ettei siitä ole tiedotettu tarpeeksi. Tiedottamisessa tulee ottaa huomioon ajoitus ja ajanmukaisuus. On tärkeää tiedottaa sekä hyvistä että huonoista uutisista. Kokemus asioiden ennakoitavuudesta luo tunteen tilanteen hallittavuudesta. (Nyholm 2008, 154–155.)

Tiedottaminen tulee olla myös kaksisuuntaista. Dialogia tulee tapahtua organisaatiossa johdon ja henkilöstön välillä. Asioita yhdessä pohdittaessa luodaan yhteisöllisyyttä. Muutosjohtajan tulee informoida työntekijöitään mahdollisuuksien mukaan niistä muutoksista joita muun muassa heidän työnkuvaansa ja työnjatkuvuuteen liittyy. Sosiaalisten suhteiden muuttumista pohditaan usein paljon muutostilanteissa. Muutosjohtajan tulee huomioida myös henkilöstölle tärkeistä asioista tiedottamisessa eikä kertoa vain muutoksen mukanaan tuomista suurista linjauksista. (Nyholm. 2008, 154–155, Stenvall. 2007, 64.)

Muutoksesta viestiminen on tärkeässä osassa pyrittäessä säilyttämään henkilöstön luottamus organisaation johtoon. Ylimmän johdon tulee perustella muutokseen lähtemistä, mitä toimintaympäristössä tapahtuu, mikä on muutoksen hyöty, miten se vaikuttaa organisaatioon, sekä yksikön ja yksilön toimintaan. (Juppo 2011, 58.) Seuraavassa käydään tarkemmin läpi luottamuksen rakentamisen teoriaa.

### 4.3 Luottamuksen rakentaminen

Suuria muutoksia ei pystytä viemään käytäntöön ilman vastaan tulevia ongelmia. Työtä tulee oppia tekemään uudella tavalla, jolloin vanhoja menetelmiä ja opittuja työtapoja tulee muuttaa. Potilaille viestiminen tuo omat haasteensa. Muutos tuo kaaosta, jonka työntekijät ja esimiehet tulee kestää. Aluksi tuntuu, että kaikki asiat, jopa ne jotka aiemmin toimivat, menevät sekaisin. Esimiesten tehtävä on luoda uskoa henkilökuntaan ja luottaa pitkäjännitteiseen kehittämiseen. Ongelmiin mietitään ratkaisuja yhdessä henkilökunnan kanssa. (Kauppinen 2009.)

Onnistunut muutos tarvitsee muutokseen uskovia ihmisiä. Hyvä johtaja kykenee vastaamaan alaistensa kysymyksiin. Muutoksen edetessä tulee pystyä kertomaan järkeen vetoavaa tietoa tavoitteista, muutoksen syistä ja keinoista. Tunteita tulee myös voida vaihtaa ja purkaa niitä vuorovaikutuksessa. (Nyholm 2008, 123.)

Uudistettaessa esimerkiksi yksittäistä toimintatapaa tai jotain rakenteellista tekijää vaikutetaan tällä muutoksella koko organisaatioon. Organisaation muuttuessa on myös muuttunut yksilöiden asennoituminen uudistettavaan toimintaan. Jotta muutos olisi toimiva, tulee syntyä myös luottamusta eri toimijoiden välillä. (Nyholm. 2008, 164–165.)

Työhyvinvointi perustuu avoimeen keskusteluun ja luottamukseen. Muutosjohtajan tulee kiinnittää erityistä huomiota oikeudenmukaisuuteen. Toimittaessa oikeudenmukaisesti luodaan tukevaa perustaa innostavalle muutokselle.

Toteutettaessa organisaatiomuutosta on tärkeää pitää huolta työhyvinvoinnista. Organisaatio ei toimi tehokkaammin ellei työntekijät työskentele tehokkaasti ja opi virheistään. Työhyvinvointi rakentuu jokaisen yhteisön jäsenen asenteesta työnteosta ja uudistusta kohtaan. Työn ilo on aina yhteisöllistä. (Stenvall. 2007. 14, 84.)

#### 4.4 Hoitotyön johtaminen

Organisaatiomuutoksen taustalla tulisi olla johtamistavan muutos. Liiallinen byrokratia, mitä yleensä sairaalamaailmassa on, voi rajoittaa muutosta. Kun muutoshankkeessa on liikaa asioiden johtamista ja liian vähän ihmisten johtamista, ei tulos ole hyvä. Muutos vaatii luovuutta, uhrauksia ja omistautumista. Virhe on, jos valmis päätös annetaan ja muiden odotetaan vain hyväksyvän sen. Muutoshankkeessa onnistuminen edellyttää enemmän ihmisten kuin asioiden johtamista. (Kotter 1996, 23–25.)

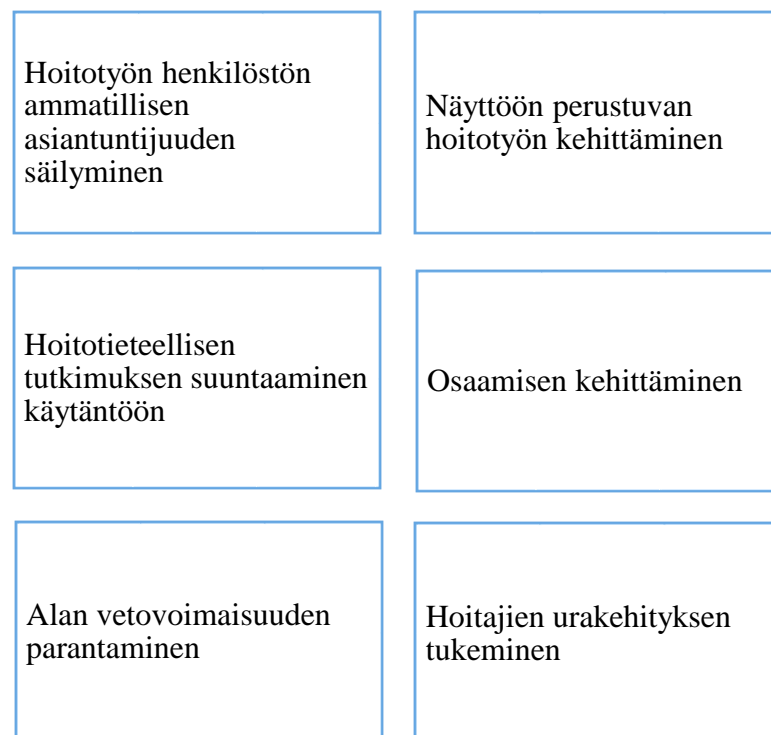
Nykypäivän hoitotyön johtajat ovat johtamis- ja esimiestehtävissä toimivia terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on terveystieteen ammattikorkeakoulututkinnon lisäksi vähintään johtamiskoulutusta sisältävä ylempi korkeakoulututkinto. Pääsääntöisesti kyseinen tutkinto on maisterin tutkinto. Ylihoitajista ainoastaan 10 % puuttuu yliopistotasoinen koulutus, jonka sivu- tai pääaineena ovat johtamisopinnot. (Turtiainen 2010, 3.)

Hoitotyön johtajat luovat edellytykset vaikuttavalle, laadukkaalle ja tulokselliselle hoitotyölle. Heidän tehtävänsä on myös kohdentaa hoitajien työpanos oikein. Toiminta hoitotyössä tulee olla näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuvia käytäntöjä tulee kehittää ja vakiinnuttaa aktiivisesti. Tämän vuoksi hoitotyön johtajien, kouluttajien ja tutkijoiden yhteistyön sujuminen koetaan tärkeäksi. (Turtiainen 2010, 3.) Kuvio 5 esittelee hoitotyön johtajien tehtäviä.

Terveystieteen johtamisjärjestelmää on muutettu 2000-luvun palvelurakenteiden uudistamishankkeissa ja niistä johtuvissa organisaatiouudistuksissa. Tämä on johtanut siihen, että ylihoitajien määrää on vähennetty järjestelmällisesti. Heidän vakanssinsa on lopetettu ja heidät on siirretty muihin tehtäviin. Joissakin uudistuksissa hoitotyön henkilöstö on siirretty lääkärijohtajien alaisuuteen. (Turtiainen 2010,

5.) Ylihoitajien vähentäminen johtoportasta kävi ilmi myös otettaessa yhteyttä tutkimukseen haastateltaviin. Yhdessä kohdekaupungissa ylihoitajan tehtävät oli lopetettu ja hänet oli siirretty osastonhoitajan tehtäviin.

Terveysthuollon ja hoitotyön johtamisesta on Suomessa tehty tutkimuksia hyvin vähän. Terveysthuollon johtajien toimintakentän tutkiminen on kuitenkin tärkeässä roolissa suunniteltaessa miten julkista terveydenhuoltoa kehitettäisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellista ja toiminnallista uudistusta toteutettaessa on tärkeää uusia myös johtamisosaamista ja – käytäntöjä. (Turtiainen 2010, 5.)



Kuvio 5. Hoitotyön johtajien tehtäviin kuuluu huolehtia seuraavista seikoista (muokailen Turtiainen 2010, 5).

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisille asiantuntijahoitajille nähdään tarvetta tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa terveysasemien lääkärinvastaanotolla. Asiaa kartoitettiin keskiuurissa, Vaasan väkilukumäärää vastaavissa kaupungeissa. Tutkimustiedon avulla Vaasan perusterveydenhuollossa voidaan vertailla miten muut vastaavat kaupungit varautuvat tulevaisuuden asiantuntijahoitajatarpeeseen ja voidaan suunnitella millaista lisäkoulutusta sairaanhoitajille/terveydenhoitajille olisi tarpeellista toteuttaa Vaasassa. Opinnäytetyön tilaaja on Vaasan kaupunki.

Tavoitteena oli selvittää asiantuntijahoitajien tarve perusterveydenhuollossa ja kuinka siihen tarpeeseen vastataan. Tavoitteena oli tuottaa tämänhetkistä tietoa asiantuntijahoitajien toimenkuvasta ja heidän tarpeestaan perusterveydenhuollossa sekä saada ideoita asiantuntijahoitajien koulutuksen toteuttamiseen Vaasassa. Tutkimus oli kvalitatiivinen eli laadullinen ja tutkittavana ilmiönä oli asiantuntijahoitajien toimenkuva ja perusterveydenhuollossa työskentely. Tutkimuksen kohteena olivat hoitotyön johtajien kokemukset ja visiot asiantuntijahoitajien työskentelystä avoterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolla.

Aihe on ajankohtainen, sillä hoitotyön kehitys on vilkasta ja kansainvälistä. Terveystenhoitojärjestelmän muuttuessa muuttuu myös sairaanhoitajan työn sisältö. Panostus omahoidon kehittämiseen tulee näkymään myös sairaanhoitajan työnkuvassa. Terveystenhoitoon kohdistuu paljon ristiriitaisia paineita, joiden vuoksi tehtävien tärkeysjärjestystä joudutaan pohtimaan sekä sitä miten ne hoidetaan järkevästi ja sujuvasti. (Ranta 2011, 181.)

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaista asiantuntijahoitajuutta tarvitaan keskisuurten kaupunkien perusterveydenhuollossa tulevaisuudessa?
2. Miten uusien asiantuntijahoitajien tarpeeseen voidaan vastata?

## **6 TUTKIMUKSEN MENETELMÄT JA AINEISTON KÄSITTELY**

Tutkimuksen toteutuksessa käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Tutkimuksen analysoimiseen käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimusaihetta valittaessa on pohdittava aiheen hyödyllisyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 218.) Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa avoterveydenhuollon asiakastyössä. Tutkimuksen tuloksista selviää tämänhetkinen tieto asiantuntijahoitajien toimenkuvasta ja heidän tarpeestaan perusterveydenhuollossa. Tutkimustuloksista saadaan myös ideoita asiantuntijahoitajien koulutuksen toteuttamiseen.

### **6.1 Tutkimuksen menetelmälliset lähtökohdat**

Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää. Tavoitteena on ymmärtää ilmiötä mahdollisimman kattavasti sen luonnollisessa tilassa. Haastateltavien näkökulmat pyritään tuomaan hyvin esille. Tutkimusmenetelmänä käytetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullista lähestymistapaa käytettäessä tutkijan pyrkimyksenä on löytää keräämästään aineistosta joitain yleisiä yhtäläisyyksiä. Kvalitatiivista tutkimusotetta voidaan käyttää muun muassa jos olemassa olevaan tutkimusalueeseen pyritään saamaan uutta näkökulmaa tai kyseenalaistetaan vakiintunutta tai aiemmin käytössä ollutta menetelmää. (Janhonen & Nikkonen 2001, 15; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–51.) Laadullinen lähestymistapa valittiin menetelmäksi tähän tutkimukseen, koska se sopii hyvin asiantuntijahoitajuuden tämänhetkisen tilanteen kartoittamiseen ja uusien ideoiden löytämiseen hoitotyön kehittämistä varten.



## 6.2 Tutkimusaineiston hankinta

Laadullista aineistoa voidaan hankkia kyselytutkimuksen, haastattelut tai havainnoinnin avulla. Kyselylomaketta pidetään eniten käytettynä laadullisen aineiston keräysmenetelmänä. Kyselylomakkeen suosio perustuu sen helppouteen ja taloudellisuuteen. (Pitkäranta 2010, 79.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa vältetään useimmiten suoraviivaisesti selittäviä tutkimusasetelmia. Aineisto hankitaan esimerkiksi osallistuvan tai ulkopuolisen havainnoinnin keräämisen avulla. (Hirsjärvi ym. 2006, 131.) Opinnäytetyön aineiston hankinta päädyttiin tekemään kyselylomakkeen avulla, koska aineiston haluttiin olevan laaja-alaista ja useammasta eri lähteestä hankittua. Tutkimuksen aineisto on vastaajien tuottamaa tekstiä ja se on koottu sähköisellä lomakkeella.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat keskisuurten kaupunkien avoterveydenhuollosta vastaavat hoitotyön johtajat ja esimiehet. Kriteerinä tutkimukseen valituille esimiehille oli heidän oletettava hyvä tietous tutkittavasta asiasta. Tietoa haettiin ainoastaan keskisuurista kaupungeista, joka rajasi tutkimukseen valittujen esimiesten määrää. Tutkimukseen valittiin terveyskeskuksia keskisuurista, Vaasan kanssa suunnilleen asukasmäärältään samankokoisista kaupungeista. Tutkimukseen valittuja kaupunkeja oli kuusi ja tutkimukseen mukaan pyrittiin saamaan 1–2 hoitotyön johtajaa ja esimiestä/kaupunki. Perusteluna tutkimukseen osallistuvien määrään oli opinnäytetyön tekijän tekemä arvio siitä, että kuuden eri kaupungin hallinnon edustajalle lähetetyllä kyselyllä saadaan muodostettua tutkittavasta aiheesta riittävän monipuolinen kuvaus. Tutkimukseen mukaan valitut kaupungit olivat Vaasan väkilukua vastaavia kaupunkeja. Lahti ja Jyväskylä otettiin mukaan, vaikka ovatkin suurempia kaupunkeja kuin Vaasa, koska tiedettiin niiden olevan aktiivisia kehittämään perusterveydenhuoltoaan. Yhdestä tutkimukseen mukaan valitusta kaupungista ei saatu esimieheltä vastausta kyselyyn. Tämän ei katsottu vaikuttavan epä-

edullisesti tutkimuksen laatuun ja tuloksiin, koska vastaajia katsottiin olevan tarpeeksi. Tutkimukseen osallistuneet kaupungit olivat Jyväskylä, Kotka, Lahti, Pori ja Seinäjoki. Kyseisten kaupunkien asukasluku sijoittuu 55 000–135 000 asukkaan välille. Asukasluvut perustuvat Väestörekisterikeskuksen suorittamaan selvitykseen syyskuulta 2014.

Tutkimusaineisto kerättiin kaupungin avoterveydenhuollon hallinnon edustajilta sähköisellä puoliavoimella kyselylomakkeella, joka lähetettiin sähköpostitse. Kyselytutkimusta kannattaa hyödyntää pyrittäessä keräämään tutkimusaineistoa laajalti. Samanaikaisesti pystytään kysymään useita eri asioita monelta eri ihmiseltä. Tällä tavoin pystytään säästämään myös tutkijan aikaa. Kun kyselylomake on laadittu huolellisesti, on kerätty materiaali helppo tallentaa ja analysoida sisällönanalyysin avulla. (Hirsjärvi 2006, 184.)

Kyselylomakkeessa oli 14 kysymystä, jotka liittyvät asiantuntijahoitajien kuvaan ja toimintaan terveysasemilla. Saatekirje sekä kysely lähetettiin valittujen kuntien avoterveydenhuollon hallinnon edustajille. Tutkimuksesta tiedotettiin etukäteen kohderyhmälle puhelimitse. Ennen kyselylomakkeen lähettämistä pyydettiin jokaiselta tutkimukseen osallistuneelta organisaatiolta, heidän niin halutessaan, tutkimuslupa. Kyselylomake lähetettiin kuuteen eri organisaatioon.

Kyselylomake esiteltiin ennen yhteydenottoa kyselyn kohderyhmään. Esitetaustuspyyntö lähetettiin sähköpostitse kolmelle Vaasan kaupungin terveystoimen lähiesimiehelle ja yhdelle johtavalle hoitajalle. Näistä esitetauksen suoritti kaksi esimiestä. Vastausaikaa annettiin kymmenen päivää. Esitetauksella haluttiin varmistaa kysymysten toimivuus ja ymmärrettävyys. Esitetaajien vastausten perusteella kysymyksien vastaustilaa pidennettiin ja epäolennaisia alakysymyksiä poistettiin.

### 6.3 Aineiston analyysi

Kyselystä saatu aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota sekä tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkitystä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysi on yleinen ja sopiva aineiston käsittelymuoto hallintotieteen tutkimuksissa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21; Kimberly 2002, 1.)

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissä tiivistetään kerätty tietomateriaali niin, että tutkittavien ilmiöiden kuvailu pystytään tekemään lyhyesti ja yleistävästi. Tavoitteena voi olla myös tutkittavana olevien ilmiöiden välisien suhteiden selkeyttäminen. Sisällönanalyysi on valmiin aineiston analyysimenetelmä. Kirjallisen ja suullisen kommunikoinnin analyysin avulla voidaan tarkastella tapahtumien ja asioiden yhteyksiä merkityksiä ja seurauksia. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21–23.)

Sisällönanalyysin valmisteluvaihe aloitetaan litteroinnilla, jonka jälkeen valitaan analyysiyksikkö. Ennen analyysiyksikön valitsemista tulee päättää miten aineistoa analysoidaan. Analyysiyksikkönä voidaan käyttää yksittäistä sanaa tai teemaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 168.) Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto tulisi lukea useita kertoja läpi.

Kerätyn aineiston lausumat pelkistetään aineiston käsittein ja kirjataan ylös. Tämän jälkeen aineistosta poimitaan samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Samankaltaiset lausumat kerätään eri kategorioiden alle, jotka nimetään sisältöään kuvaavin nimin. Ilmaukset pelkistetään alakategorioiden alla ja näistä yhdistetään yläkategorioita. Lopuksi muodostetaan pääkategoriat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 169.)

Tämä tutkimuksen aineiston analysoimiseen käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Tällä tarkoitetaan sitä, että analyysin eteneminen on vaiheittaista. Aluksi havainnot pelkistettiin ryhmittelyyn ja lopuksi käsitteellistämiseen. Vastauksien pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuudet, joista saatiin alaluokat. Yläluokkiin päästiin etsimällä alaluokkien samankaltaisuudet ja yläluokista muodostettiin edelleen pääluokat.

Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla. Aineiston ryhmittelyssä käytettiin valmiita teemoja. Tällöin eri vastaajien alkuperäisiä vastauksia samaan teemaan on helpompi analysoida. (Aaltola 2007, 42.) Teemoitteluvaiheessa aineisto järjestettiin erilaisten aihepiirien mukaan. Tällöin pyrittiin löytämään ja erottelamaan tutkimusongelman kannalta olennaiset aiheet. Tavoitteena sisällönanalyysissa on muodostaa aineistosta loogisesti jäsentynyt kokonaisuus, jonka muodostamiseen on käytetty eri sisältöalueita. Sisältöalueille annetaan niitä kuvaavat nimet. Haastateltavan kokemus tutkittavana olevista asioista tulisi tuoda laaja-alaisesti ja yksityiskohtaisesti esille. Tutkimuksen päämäärä on saada vastaukset tutkimuksen kysymyksiin. (Metsämuuronen 2006, 182–185; Virtanen 2006, 182–190.) Haastattelun aineistoa tulee käyttää siinä yhteydessä mihin se alkujaan kuului. Tutkija ei saa myöskään analyysia kirjoittaessaan tehdä liikaa omia päätelmiä haastateltavien vastauksista. (Hirsjärvi ym. 2001, 194–195.)

Tutkimukseen osallistui 8 (N=8) perusterveydenhuollon avopalveluista vastaavaa esimiestä. Osallistujien ammattinimikkeet olivat avoterveydenhuollon johtaja (1), hoitotyön johtaja (2), ylihoitaja (2) sekä osastonhoitaja (3). Kyselyyn osallistuneet osastonhoitajat tekivät myös ylemmän portaan johtotehtäviä. Kyselyyn osallistuneet tulivat seuraavista kaupungeista; Seinäjoki, Pori, Jyväskylä, Lahti ja Kotka. Kyselyt lähetettiin sähköpostitse esimiehille, joiden kanssa oli etukäteen sovittu, että he osallistuisivat tutkimukseen. Kyselyistä lähetettiin myös muistutusviestejä, ellei niihin oltu vastattu toivottuun päivämäärään mennessä. Kyselyssä pyrittiin selvittämään millaisia tehtäviä perusterveydenhuollossa toimivilla asiantuntijahoita-

jilla oli eri kaupungeissa ja millaista koulutusta heille oli annettu tehtäviinsä. Kysely koski erityisesti terveysasemien lääkärinvastaanottotoiminnassa työskenteleviä asiantuntijahoitajia. Kyselyssä selvitettiin myös, mikä tarve on asiantuntijahoitajille ja kuinka siihen tarpeeseen vastataan. Lopuksi haluttiin tietoa myös johtamisen vaikutuksista muutosprosessin läpiviemisessä.

Tulososiossa on käytetty suoria lainauksia haastateltavien vastauksista. Niitä käytettiin rikastuttamaan ja elävöittämään asioiden esille tuontia. Liitteessä 3 on malli sisällönanalyysistä. Avoimien kysymyksien vastaukset olivat enimmäkseen lyhyitä ja ytimekkäitä. Tuotettua tekstiä kyselystä tuli yhteensä noin neljä A4:sta.

#### **6.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen analyysin luotettavuudella on suuri merkitys. Tutkimuksen luotettavuutta mitattaessa voidaan käyttää monia eri mitta- ja tutkimustapaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen validiteetilla ja reliabiliteetilla. Kyseiset käsitteet poikkeavat kvantitatiivisen tutkimuksen validiteetista ja reliabiliteetista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215.)

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen validiteetti toteutuu, jos tutkimuksella on pystytty mittaamaan haluttua asiaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen validiteettiongelmia voi syntyä siitä, jos tutkimusaineistosta ei löydy vastausta esitettyyn kysymykseen, aineisto on kerätty puutteellisesti tai tutkimusaineistoa ei koeta edustavaksi. Vastaajat ovat voineet myös ymmärtää kysymykset eri lailla kuin mitä tutkimuksen tekijä on niillä tarkoittanut. Jotta tutkimuksen pätevyys toteutuisi, tulee tutkimuksen kuvauksen, siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen olla yhteensopivia. (Hirsjärvi ym. 1997, 216; Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1998, 215.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kysymykset pyrittiin tekemään

mahdollisimman selkeiksi ja yksinkertaisiksi, jotta ne tulisi ymmärretyksi oikein. Vastausten luokittelua ja tulkintaa helpotti se, että vastaukset olivat ytimekkäitä. Tällöin kuvaukset tulkintoineen pysyivät yhdenmukaisina.

Aineiston analyysin teon aikana voi syntyä myös reliabiliteettiongelmia. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Jotta tutkimus olisi toistettavissa, tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia. Laadullisessa sisällön analyysissä luotettavuuden reliabiliteettiongelmia voivat aiheuttaa aineiston koodauksen virheellisyys tai virhetulkinnat. Aineiston tulkintaan vaikuttavat tutkijan omat tunteet, persoonallinen näkemys ja intuitio. Täten aineistoa voidaan tulkita monin eri tavoin. (Nieminen 1997, 216.)

Luotettavuuden kannalta sisällönanalyysiä on pidetty ongelmallisena siksi, ettei tutkija pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. (Kyngäs & Vanhanen 1993, 10.) Objektiivisuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tutkija ei sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan ja arvostuksiaan tutkimuskohteeseen (Tilastokeskus 2014). Tutkija itse ei työskentele perusterveydenhuollon lääkärinvastaanotolla, jolloin asian tutkimiseen saa paremmin objektiivisen näkökulman. Tutkijalla itsellään ei ole myöskään aikomusta lisäkouluttautua asiantuntijahoitajan tehtäviin. Tällöin tutkittavaan asiaan ei ole suurta tunneperäistä latausta tai selviä ennakkokäsityksiä tutkimuksen tuloksista.

Tutkimusaihetta valittaessa on pohdittava aiheen hyödyllisyyttä. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 218.) Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa avoterveydenhuollon asiakastyössä. Tutkimuksen tuloksista selviää tämänhetkinen tieto asiantuntijahoitajien toimenkuvasta ja heidän tarpeestaan perusterveydenhuollossa. Tutkimustuloksista saadaan myös ideoita asiantuntijahoitajien koulutuksen toteuttamiseen.

Opinnäytetyön aihevalinta on perusteltua ja liittyy hoitoyön lähitulevaisuuden haasteisiin. Tutkimukseen osallistuvat saivat tietää kuinka tulivat valituksi tutkimukseen. Osallistujille pyrittiin antamaan riittävästi informaatiota tutkimuksesta ja sen luottamuksellisuudesta.

Tutkimus toteutettiin sähköisesti. Jokaiseen sähköiseen kyselyyn liitettiin saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus. Siitä selvisi, että vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, vastaajien anonymiteetin säilyttäen. Sähköiseen tutkimukseen päädyttiin sekä taloudellisista syistä että ajan käyttöä ajatellen. Tutkimus tehtiin kiireisen työn ja perhe-elämän ohella. Jotta haastateltavien luokse oli pystytty matkustamaan, olisi tutkimukseen tarvittu rahoitusta. Edellä mainittua rahoitusta ei kuitenkaan tutkimukseen ole myönnetty.

Osa tutkimukseen osallistuvista organisaatioista vaati pyytämään organisaatioluvan, jonka jälkeen heidän työntekijänsä sai osallistua tutkimukseen. Lupa saatiin kaikissa tapauksissa missä sitä pyydettiin. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat keski-suurten kaupunkien avoterveydenhuollosta vastaavat hoitotyön johtajat ja esimiehet. Tutkimus toteutettiin laadullisesti ja tutkimuksen kysymykset laadittiin aineistolähtöisesti. Tutkimuksen vaiheet on pyritty kuvaamaan tarkasti, jotta lukijan on helppo seurata tutkimuksen etenemistä. Mukana on myös aineistosta saatuja suoria lainauksia. Tutkimustulokset perustuvat hoitotyön johtajien ja esimiesten luomaan aineistoon. Tutkimuksen tulokset on esitelty sanallisesti ja kaavioita hyödyntäen. Päätelmissä pohditaan aineistoa ja alan kirjallisuutta hyväksi käyttäen asiantuntija-hoitajuutta perusterveydenhuollon vastaanottoiminnassa.

## **7 TUTKIMUSTULOKSET**

Seuraavassa on esitetty tutkimustulokset. Otsikot tuloksille on muodostettu kyselylomakkeen teemoista. Tutkimustulokset on esitelty samassa järjestyksessä kuin ne kysyttiin tutkimukseen osallistuneilta. Tulostekstin sekaan on liitetty suoria lainauksia tutkimukseen osallistuneiden vastauksista. Tämän tarkoituksena on elävöittää tekstiä ja saada tekstistä helpommin lähestyttävää.

### **7.1 Taustatiedot**

Vastaajien työskentelyaika esimies- ja johtotehtävissä vaihteli viidestä 25 vuoteen, painottuen yli 10 vuoden kokemukseen. Vastaajien koulutustausta oli terveydenhuollon maisteri (5), hallintotieteidenmaisteri (1), johtamisen erikoisammattitutkinto YMK (1) sekä terveydenhoitaja (1).

Koulutustausta vastaa Turtiaisen (2010) esittämää näkemystä, että suurimmalla osalla ylihoitajista tai vastaavaa työtä tekevistä oli yliopistotasoinen koulutus, johonka kului myös johtamisopintoja. Pääsääntöisesti tämä korkeakoulututkinto oli maisterin tutkinto.

Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa kaupungeissa työskenteli asiantuntijahoitajia. Asiantuntijahoitajien tehtävänkuvia oli useita ja ne vaihtelivat kaupungeittain. Taulukossa 1. selviää millaisissa asiantuntijatehtävissä kyselyyn valittujen kaupunkien perusterveydenhuollossa työskennelleet hoitajat toimivat.



Taulukko 1. Kyselyyn valittujen kaupunkien perusterveydenhuollossa toimivien asiantuntijahoitajien tehtävät.

Seinäjäki	omahoitajuus, diabetes ja reuma. Erityishoitajina toimii tähystyshoitaja, kardiologinen hoitaja ja gynekologinen hoitaja.
Pori	diabetes, reuma, haavat, astma, geriatria, muisti ja INR-määritys.
Jyväskylä	Jyväskylässä toimii kaikkia kyselyn alustuksessa mainittuja asiantuntijahoitajatyyppejä (asiantuntijasairaanhoitajia, itsenäisiä hoitajavastaanottoja osana lääkäri-hoitaja-työparin toimintaa sekä itsenäisiä omahoitajavastaanottoja pitkäaikais- ja monisairaita asiakkaita varten).
Lahti	rokotus- ja tartuntataudit, astma, reuma- ja luusto, sydän- ja verisuonisairaudet (Ikihyvä- ja tulpparyhmäohjaajat), diabetes, urologia, kehitysvamma, muisti, päihde, mielenterveys, haavat ja terveyshyötyohjaaja.
Kotka	vastaanottohoitaja, asiakasvastaava, diabetes, astma, reuma, osteoporoosi, lääkkeenmääräminen, fysioterapeuttien akuuttivastaanotto sisältäen koko selän ja olkapää sekä muistihoitajat muistipoliklinikalla.

Päivystävä hoitaja löytyi jokaisen kaupungin lääkärivastaanotolta, tosin ei välttämättä kaikilta asemilta.

Asiantuntijahoitajat järjestävät erilaisia ryhmiä pitkäaikaissairaille. Kyseisiä ryhmiä järjestetään 4/5 Kaupungissa. Ryhmiä järjestetään diabeteksestä, Marvan/INR- omahoidosta, astmasta, sepelvaltimotaudista, tupakasta vieroituksesta, painonhallinnasta, depressioista sekä elämäntaparyhmiä. Ryhmistä kevyempänä

versiona järjestetään myös yhteisvastaanottoja. Taulukko 2. kuvaa asiantuntijahoitajien järjestämiä ryhmiä pitkäaikaissairaille tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa.

Taulukko 2. Asiantuntijahoitajien järjestämät ryhmät pitkäaikaissairaille tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa.

Ryhmät	Mainintojen lukumäärä
diabetes	7
tulppa/sepelvaltimo	3
tupakka	3
elämäntapa	2
Marevan	2
painonhallinta	1
depressio	1
laihutus	1
astma	1
yhteisvastaanotot	1
	22

## 7.2 Asiantuntijahoitajien lisä- ja täydennyskoulutus

Kohdeorganisaatioissa asiantuntijahoitajien lisäkoulutusta ja täydennyskoulutusta oli hankittu sekä itse järjestettynä että ulkopuolisen tahon kouluttamana. Kouluttajina ovat toimineet oma organisaatio, sairaanhoitopiiri, keskussairaala, ammattikorkeakoulut sekä eri oppilaitokset. Valtakunnalliset koulutukset on pidetty Helsingissä. Erikoistumiskoulutusta oli haettu ammattikorkeakouluilta ja siihen oltiin tyytyväisiä. Koulutetut olivat huomanneet, että eri kouluttajat painottavat eri asioita. Tämä nähtiin sekä asiantuntijahoitajuuskoulutuksen vahvuutena että heikkoutena. Tällä kyselyyn vastanneet tarkoittivat mahdollisesti sitä, että asiat opitaan tällöin monipuolisesti eri näkökulmat huomioiden. Toisaalta asiat voidaan käsittää eri tavalla, mikä voi aiheuttaa hämmennystä ja erimielisyyttä siinä mikä on oikea tapa toimia.

Kaikki tahot eivät ole olleet tyytyväisiä valitsemaansa koulutusmuotoon. Erityisesti potilaan ohjaukseen ja omahoidon ohjauksen tehostamiseen olisi kaivattu enemmän näkökulmia ja työvälineitä. Kritiikkiä annettiin myös siitä, että tehtäviä siirretään lääkäreiltä hoitajille, mutta se ei näy mitenkään hoitajien palkassa. Yhdeksi ongelmaksi oli myös muodostunut se, etteivät hoitajat halua enää lähteä koulutukseen talon ulkopuolelle. Koulutusten nähtiin olevan myös liian erillään toisistaan. Esimerkiksi kliinisen hoitotyön ylempi AMK ja lääkkeenmäärittämisen erikoispätevyys koettiin olevan yhdistettävissä. Tämä nähtiin parhaaksi kokonaispaketiksi. Koulutuspalautteiden hyödyntämisessä koko työyhteisöön ei ollut aina onnistuttu.

Koulutuksen etuina oli nähty ammatillisen osaamisen lisääntyminen koko työyhteisössä, ja yksilötasolla se lisäsi työmotivaatiota. Hoitajat ovat myös pystyneet yksilöllisesti kehittämään omaa osaamistaan.

*”Jokainen on voinut yksilöllisesti kehittää omaa osaamistaan. Ongelmina koulutuspalautteiden hyödyntäminen koko työyhteisössä.”*

### 7.3 Tehtävänsiirrot

Jokaisessa kyselyn kohdekaupungin avoterveydenhuollossa oli siirretty tai suunniteltiin siirrettävän erityistehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille/terveydenhoitajille. Marevan<sup>1</sup>-potilaiden hoito oli siirretty jokaisessa kaupungissa sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle. Osalla kyselyn kohdekaupungeista Marevan-annostelusta oli hoitajalla kuitenkin ainoastaan laajennetut oikeudet. Oikeudet oli annettu esimerkiksi määrittää annostelu INR<sup>2</sup>:n (International Normalized Rate) mukaan alueelle 1.4 – 3.5.

Pitkäaikaissairauksien kokonaishoito tai ainakin kontrollit oli kohde organisaatioissa siirretty sairaanhoitajille/terveydenhoitajille 3/5 kyselyyn osallistuneessa kaupungissa. Diabeteksen seuranta ja ohjaus oli siirretty 4/5 kaupungissa. Muita lääkäriltä sairaanhoitajalle/terveydenhoitajalle/fysioterapeutille siirrettyjä erityistehtäviä oli jopa helppohoitoiset virusperäiset infektiot, virtsatie-infektiot ja yli yksi vuotiaiden lasten korvakontrollit tympanometrillä, Hyalgan injektoiden pistäminen sekä akuuttivastaanotto fysioterapeuteilla koko selän ja olkapäiden osalta.

Organisaatiota kehitettiin terveyshyötymallin mukaisesti (ks. luku 2.2). Toimiva terveystakeskus-ohjelma. Lääkärin ja asiantuntijahoitajan välistä parityöskentelyn toimivuutta pyrittiin varmistamaan kyselyn kohdekaupungeissa useilla erilaisilla toimilla. Tällöin muun muassa työparit nimetään ja heidän työhuoneensa sijoitetaan lähekkäin. Heidän työtilansa järjestetään muutenkin parityöskentelylle sopiviksi. Työpareille tehdään myös työsuunnitelmat.

*”Terveishyötymalli ohjaa toimintaa. Lääkäreistä ja hoitajista nimetään työparit. Työsuunnitelmat mahdollistavat työparityöskentelyn.”*

---

<sup>1</sup> Marevan = verenohennuslääke

<sup>2</sup> INR = veren hyytymistutkimus. INR-arvon perusteella määrätään potilaan Marevan-annostus.

Työ on suunnitelmallista ja työparin osaaminen varmistetaan. Työparien kesken järjestetään kokoontumisia, keskusteluja ja heille järjestetään myös kehityskeskusteluja ja heidän parityötään arvioidaan. Lääkärit ja hoitajat tietävät yhteiset alueensa ja tuntevat toisensa. Työpareille järjestetään mahdollisuus myös yhteisiin koulutuksiin.

Tehtävien ja työnjaon uudistamisen myötä lääkäriellä käynnit ovat useimmissa kyselyyn osallistuneissa kaupungeissa vähentyneet (3/5). Tosin käyntikerrat eivät olleet vähentyneet ratkaisevasti. Yksi kyselyyn vastannut kertoi asian määrittämisen olevan vaikeaa ja yksi vastaaja koki, ettei asiaan ole tullut muutosta.

*”Yhdellä lääkärikäynnillä selvitty, koska hoitaja on jo etukäteen laittanut laboratorionäytteet ym. asiat valmiiksi. Usein on riittänyt vain lääkärin soitto.”*

#### **7.4 Lääkärin suorittama mentorointi ja ohjaus**

Suurimmassa osassa vastauksista tuli esille, että lääkärit järjestivät jonkin suuntaista koulutusta tai mentorointia asiantuntijahoitajille. Osassa kaupungeista toimi kuitenkin ainoastaan henkilökohtainen konsultointi. Lääkäri ja hoitaja ovat pitäneet myös yhteisvastaanottoja. Mentorointia on toteutettu yhdessä kaupungissa työpajamuotoisena. Talon oma lääkäri on vetänyt asemakohtaisia isompia kertaluontoisia koulutustilaisuuksia.

Lääkäreiden asiantuntijahoitajille antaman ohjausajan määrittelyssä oli paljon vaihtelua. Ohjausaika on voinut olla yksilöllistä, hoitajan omaan tarpeeseen perustuen. On järjestetty jatkuvaa tunnin kestoista lääkärin ja asiantuntijahoitajan pitämää yhteistä vastaanottoaikaa. Parityöskentelyn yhteydessä oli käytetty myös näyttöä

muutaman potilaan hoidon osalta. Ohjausajasta mainittiin, että se on ikuisesti kestävää. Tämä tarkoittanee sitä, että asiantuntijahoitajan tulee voida konsultoida lääkäriä aina konsultointiapua tarvitessaan. Marevan-annosteluluvan saamisen yhteydessä oli koettu, että 2 tuntia on riittävä ohjausaika.

Asiantuntijahoitajien osaamista oli varmistettu näyttöjen avulla. Marevan määrityksessä oli suoritettu myös lääkelupa. Marevan-annostelusta järjestetystä seurantatutkimuksesta oli käynyt ilmi, että asiantuntijahoitajat ovat osanneet määritellä Marevan-tasot lääkäreitä paremmin.

*”Seurantatutkimuksessa esim. Marevan-tasot olivat paremmat kuin lääkärin määrityksessä.”*

## 7.5 Asiakastyytyväisyys

Vastaajat arvioivat, että asiakastyytyväisyys asiantuntijahoitajien hoidosta oli ollut hyvää. Vastaajat perustivat arvionsa mm. asiakaskyselyihin. Potilaat olivat erityisesti tyytyväisiä pysyvästä hoitajasta, koska lääkrivaihtuvuus oli suuri. Diabeteshoitajat ja omahoitajat olivat saaneet erityiskiitosta. Potilaat olivat kokeneet saaneensa asiantuntevampaa hoitoa. Haastavampia monisairaita potilaita lääkärit eivät ole kuitenkaan aina voineet siirtää hoitajalle.

*”Osa asiakkaista on tyytyväisiä. Monilla potilailla kuitenkin monia ongelmia ja niiden haltuun ottaminen on ollut haasteellisempaa. Näitä potilaita lääkärit eivät ole voineet aina siirtää hoitajille.”*

Kiitosta asiakkaat olivat antaneet tutusta hoitajasta, pysyvästä hoitosuhteesta ja hoitajien hyvästä ohjauksesta. Asiakkaat kokivat saavansa kokonaisvaltaista hoitoa ja

tulleensa kuulluksi. Osaaminen ja kohtelu olivat olleet hyvää. Asioihin oli paneuduttu hyvin. Ajanvarauksen joustavuuteen oltiin oltu myös tyytyväisiä.

Tyytymättömyyttä joissakin asiakkaissa oli aiheuttanut se, etteivät he päässeet lääkärin vastaanotolle vaikka niin halusivat. Osa potilaista taas halusi ajan hoitajan vastaanotolle saman tien. Hoitaja toimi kuitenkin ajanvarauksella, jolloin aikoja ei voinut saada päivystysmuotoisesti. Jonotusaikoja hoitajan vastaanotolle oli kritisoitu pitkiksi. Hoitaja ei voinut hoitaa kaikkea, esim. reseptien kirjoitusta, mikä oli aiheuttanut osassa asiakkaista paheksuntaa.

## **7.6 Terveysaseman / työyhteisön toiminta**

Asiantuntijahoitajien myötä terveysasemien työyhteisöjen toiminta oli tullut joustavammaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Työnjako oli hyvin suunniteltu, jolloin koko työyhteisön toiminta oli selkeytynyt.

Yhteistyön ja vastuun ottamisen omista töistään oli koettu parantuneen työyhteisön sisällä.

*”Yhdessä tekeminen ja vastuun kantaminen on lisääntynyt, Me-henki!”*

*”Yhteistyö on muuttunut tiiviimmäksi ja hoitokäytäntöjä on käyty yhteisissä kokouksissa läpi asiantuntijahoitajan vetämänä.”*

Asiantuntijahoitajien työnkuvan koettiin muuttaneen välillisesti myös perus- ja lähihoitajien roolia. Kyselyn vastauksista ei käynyt kuitenkaan tarkemmin ilmi, miten tämä näkyi käytännön työssä.

Kotkassa asiantuntijahoitajilla oli omat vastaanottoajat. Työt ja tehtävät kiertävät, jonka myötä työjärjestelyt olivat monimutkaistuneet. Lääkärit kokivat kuitenkin

asiantuntijahoitajuuden helpottaneen heidän työtään, kun tietää kenelle hoitajalle potilaan voi lähettää ohjaukseen.

Asiantuntijahoitajien myötä oli koettu, että työyhteisöstä oli tullut tehokkaampi. Vastuun lisääntyminen toi haastetta mutta samalla myös mielekkyyttä sairaanhoitajan työhön. Hoitajien välinen konsultaatio oli myös lisääntynyt. Asiantuntijahoitajien osaaminen oli todettu ja siihen voidaan luottaa. Yhteistyö terveysasemilla oli parantunut ja hoitokäytäntöjä oli käyty yhteisissä kokouksissa läpi asiantuntijahoitajan vetämänä.

Yksi lähijohtaja kritisoi sitä, ettei hoitajan vastuun ja työmäärän lisääntyminen näy kuitenkaan palkassa.

*”Hoitajan työtä ei arvoteta palkallisesti. Lähijohtajana et voi palkita työntekijöitäsi.”*

Osa lääkäreistä oli kokenut, että hoitajat konsultoivat alkuvaiheessa niin paljon, että se oli vaikuttanut myös heidän työntekoonsa. Tällä lääkärit tarkoittivat todennäköisesti sitä, että heidän työaikaansa tuhlaantuu hoitajien opastukseen, ja hoitajien konsultointi häiritsee myös heidän omia vastaanottojansa. Ajoittain aikoja asiantuntijahoitajille oli vaikea saada. Oli myös sellaista kokemusta, että asiantuntijahoitajat saivat enemmän koulutusta kuin muut samassa työpisteessä toimivat.

## **7.7 Valmistautuminen asiantuntijahoitajien työskentelyyn**

Kohdeorganisaatioissa asiantuntijahoitajien työskentelyyn perusterveydenhuollossa oli valmistauduttu kouluttamalla heitä ja sopimalla etukäteen tehtävistä. Henkilöstörakennetta oli myös muutettu sairaanhoitajapainotteisemmaksi. Pohjarakenne ja valmis kokemus asiantuntijahoitajista oli ohjannut kohdeorganisaatioiden



muutosta eteenpäin. Asiantuntijahoitajan palveluita oli voitu keskittää klinikkamallisesti pääterveysasemalle. Asiantuntijahoitajien työskentelyyn oli tutustuttu etukäteen tekemällä vierailuja muihin kaupunkeihin, missä asiantuntijamalli oli jo käytössä. Osa kohdeorganisaatiosta oli osallistunut myös lääkkeenmääräämiskoulutuksen kustannuksiin.

*”Kehittämällä toimintaa. Mahdollistamalla koulutukseen osallistumisen ja osallistumalla lääkkeenmääräämiskoulutuksen kustannuksiin.”*

Henkilökunta pidettiin hyvin ajan tasalla muutoksista mitä asiantuntijahoitajien työnkuva tuo perusterveydenhuoltoon. Muutoksista tiedotettiin yleisesti. Henkilökunnalle järjestettiin palaveriteita ja työpaikkakokouksia asiasta. Henkilökunnan osaamisesta myös huolehdittiin kouluttamalla. Vastuuhoitajien tehtäväkuvaan kuului myös muiden hoitajien kouluttaminen. Asiantuntijahoitajaksi koulutautuneet kokivat itsenäisen työn olevan motivoivaa, joskin johtavan lääkärin myönteinen suhtautuminen asiantuntijahoitajuuteen koettiin tärkeäksi.

Asiakkaiden informointia pidettiin tärkeänä ja siihen onkin panostettu. Asiantuntijahoitajuudesta oli informoitu vastaanotolla sekä mediassa lehdistön, radion ja internetin avulla. Talouksiin oli jaettu myös tiedotteita, joissa oli informoitu asiantuntijahoitajien työnkuvasta ja palveluista. Asiakastytytyvääisyyttä oli mitattu ja palautteisiin vastattu.

Yhteistyötä oli tiivistetty asiantuntijahoitajuuden myötä erityisesti kolmannen sektorin kanssa.

*”Kolmatta sektoria ollaan ottamassa mukaan esim. syöpäsairaanhoitajan vastaanotot sivuterveysasemalla.”*

Verkostoitumista tapahtui ja kaupunkien intranetti oli koettu hyväksi yhteistyövälineeksi. Yhteistyön sujuvuuden varmistamiseksi vastuuhoidajille järjestettiin säännöllisesti alueellisia tapaamisia.

Ohjaustoimintaan ei ollut laitettu vielä paljoa resursseja. Toiminta pyrittiin järjestämään olemassa olevilla resursseilla. Lahdessa ohjaustoimintaan oli kuitenkin panostettu. Siellä toimi terveyskioski ja puhelinneuvonta Terveysneuvo.

Terveyskioski tarjoaa maksutonta palvelua ilman ajanvarausta. Terveyskioskissa on mm. pistetty influenssarokotuksia ja siellä annetaan ohjausta ja neuvontaa terveysasioissa. Terveysneuvon puhelinpalvelusta Lahden asukkaat saavat mm. terveyteen ja sairaanhoitoon liittyvää ohjausta ja neuvontaa. (Lahden kaupunki. Sosiaali- ja terveysterveystoimet.)

## **7.8 Haasteet**

Asiantuntijahoitajien työnkuvaa pyrittiin hyödyntämään mahdollisimman hyvin perusterveydenhuollossa. Haasteellista tässä oli saavuttaa lääkäreiden hyväksyntä hoitajien asiantuntijuuden lisäämiseen. Potilaan kokonaisvaltainen hoito ja konsultointi tuli varmistaa, mikä lisäsi työjärjestelyiden haasteellisuutta.

Vastaajien mukaan hoitajien arvostusta tulisi lisätä organisaatiossa ja palkkausta tarkistaa. Hoitajien erityisosaaminen koettiin hyväksi ja heille oli annettu omat vastuualueensa. Omien vastuualueiden antamisessa oli kuitenkin se vaara, että laaja tiedollinen ja taidollinen perusosaaminen kärsii hoitotyössä. Tämä luo haasteen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamisen järjestämiseen sekä laajan tietotaidon pysymiseen organisaatiossa.

*”Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajalta edellytetään laajaa tiedollista ja taidollista perusosaamista. Mikäli erikoistutaan liiaksi vain omalle vastuualueelle, on vaarana, että tämä moninaisuus kärsii.”*

## **7.9 Johtaminen**

Johtajan omaa esimerkkiä uudistuksen eteenpäin viemisessä ja sen takana pysymistä pidettiin tärkeänä. Johtajalla tulee olla myös tarkka visio tulevasta, jotta tiedetään miten kehitystoimintaa priorisoidaan. Johtajan tulee osata markkinoida uutta työnkuvaa, tiedottaa siitä säännöllisesti ja palkita alaisiaan. Vuorovaikutuksen tulee olla hyvää ja kuuntelemisen vastavuoroista.

Vastaajien mukaan hoitajille tulee järjestää koulutusta sekä mahdollistaa opiskelu. Oman talon sisäiseen koulutukseen tulee panostaa. Resurssit täytyy mitoittaa oikein ja antaa aikaa kehittämistyöhön. Itsenäistä työtä tulee arvostaa ja myös palkita siitä, jotta syntyy käsitys kyseinen työn arvokkuudesta. Johtavien lääkäreiden asennoituminen ja yhteistyö muutoksessa vaikuttaa ratkaisevasti muun henkilökunnan asenteisiin. Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa myös mainittiin.

*”Tukemalla henkilökuntaa uudistuksissa, tiedottamalla riittävästi. Mahdollistamalla täydennyskoulutus ja olemalla itse mallina.”*

Omasta sitoutumisesta muutosprosessiin kerrottiin seuraavaa. Visio ja strategia näkyvät omassa johtamisessa. Samalla varmistetaan myös yhteistyön sujuminen. Koulutuksien organisoinnissa oltiin aktiivisesti mukana, kuten myös palkkahinnoittelussa, tavoitteiden asettelussa ja erilaisten työryhmien perustamisessa. Alaisia kannustettiin ja työskenneltiin uudistusmyönteisesti ja annettiin alaisille uusia mahdollisuuksia työskentelyssä.

Johtajien halu vaikuttaa hoitajien itsenäiseen työhön, oli suuri. Esimerkiksi Porissa toimi työmenetelmien kehittämistyöryhmä, jossa yksi vastaajista kertoo toimivansa ryhmän vetäjänä. Myös muutosprosessin eteenpäin viemiseen suhtauduttiin innolla. Tulevaisuuden näkymistä keskusteltiin henkilökunnan ja lähiesimiesten kanssa sekä tehtiin ehdotuksia asiantuntijahoitajan työnkuvan kehittämisestä ja toteuttamisesta. Muutosprosessiin sitoutumisesta kertoi myös se, että sairaalapalveluiden ja avoterveydenhuollon palveluiden yhteistyön lisäämisessä pyrittiin olemaan aktiivisia.

## 7.10 Visio tulevasta

Vastaajat kuvailivat tulevaisuuden näkymiä asiantuntijahoitajien vastaanotoilla niin, että itsenäinen asiantuntijahoitajan vastaanottotoiminta lisääntyy ja heille annetaan enemmän vastuuta lääkärivajeen vuoksi. Painotusta ajateltiin laitettavan mm. sekä klinisen YAMK-tutkinnon sekä lääkkeenmääräämistutkinnon omaaville hoitajille. Lääkäri-hoitajatyöparityöskentelyä kehitetään, mutta joka paikassa kehittäminen ei ollut vielä onnistunut lääkärivajeen vuoksi. Asiantuntijahoitajalle annettiin kokonaisvastuu potilaan hoidosta. Tarvittaessa hän konsultoi muita asiantuntijahoitajia.

*”Terveysyhtymän mukaisesti asiantuntijahoitaja hoitaa potilaan kokonaisuuksena kaikki hänen sairautensa konsultoiden muita asiantuntijahoitajia.”*

Suunnitelmissa oli myös päivystyksen keskittämistä, jonka vuoksi terveysasemille tulee entistä enemmän pitkäaikaissairauksien hoitoa. Muistihoitajien vastaanottoa koettiin tarvittavan tulevaisuudessa enemmän.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksessa tarkasteltiin asiantuntijahoitajien työskentelyä perusterveydenhuollon vastaanottotyössä avoterveydenhuollon hallinnon edustajien näkökulmasta. Tarkoituksena oli selvittää asiantuntijahoitajien tarve perusterveydenhuollossa ja kuinka siihen tarpeeseen vastataan sekä saada ideoita asiantuntijahoitajien koulutuksen toteuttamiseen Vaasassa. Tutkimuksessa on tarkasteltu myös muutosjohtamisen vaikutusta asiantuntijahoitajien tehtävänkuvan sisäänajossa ja sen kehittämisessä. Tutkimusaineisto koostuu avoterveydenhuollon hallinnon edustajien lausunnoista ja aikaisemmasta teoreettisesta tiedosta.

Kansallinen Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma 2009–2011 ohjaa johtamiskäytäntöjen uudistamista ja työhyvinvoinnin kehittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelmassa esitetään myös kunnille suosituksia koskien esimerkiksi palvelujen toimivuuden ja saatavuuden parantamista sekä toiminnan edellytyksiä, kuten henkilöstön osaamisen parantamista. Lisääntyvään palveluntarpeeseen pyritään vastaamaan uudistamalla lääkärien ja sairaanhoitajien tehtävänjakoa. (STM 2012; Mäkelä 2001, 16; Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2002.)

Asiantuntijahoitajien kouluttamisella ja työllistämisellä perusterveydenhuoltoon pitäisi saavuttaa turvallisempaa ja vaikuttavampaa hoitoa sekä luoda toimivampi palvelujärjestelmä. Terveys- ja hyvinvoinnin tilastoraportista, Perusterveydenhuolto 2012, ilmenee että lääkärissäkäynnit ovat vähentyneet 2000-luvun laskevan trendin mukaisesti. Samanaikaisesti käynnit muun ammattihenkilökunnan vastaanotolla ovat lisääntyneet. Lääkärikäyntien vähenemiseen vaikuttavat muutokset perusterveydenhuollon avohoidon toimintatavoissa, työnjaon kehittäminen ja tehtä-

vien siirto lääkäreiltä hoitajille. Tällä tavoin potilaita kannustetaan siirtymään lääkärikeskeisestä hoidosta omatoimiseen hoitoon hoitajien ohjauksessa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisille asiantuntijahoitajille nähdään tarvetta tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa terveysasemien lääkärinvastaanotolla. Tavoitteena oli hyödyntää tutkimustuloksia suunniteltaessa asiantuntijahoitajatoimintaa Vaasan perusterveydenhuollon lääkärivastanotolle. Tutkimuksen toisen tavoitteena oli hyödyntää tuloksia myös suunniteltaessa sairaanhoitajien/terveydenhoitajien lisäkouluttamista. Tuloksista ilmeni, että tulevaisuudessa ajatellaan eniten työllistettävän kliinisen YAMK- tutkinnon ja/tai lääkkeenmäääämisoikeiden omaavia hoitajia. Lääkäri-hoitaja työparityöskentelyä pyritään myös kehittämään. Kyselyyn vastaamishetkellä yleisimmät perusterveydenhuollon vastaanotto-toiminnassa työskentelevät asiantuntijahoitajat olivat astma-, diabetes- ja reuma-hoitajat. Päivystävä hoitaja löytyy jokaisen kaupungin lääkärivastaanotolta, tosin ei välttämättä kaikilta asemilta. Tuloksista ilmeni, että erityisesti muistihoitajien vastaanottoa koetaan tarvittavan tulevaisuudessa enemmän.

Vastauksista selvisi, että koulutusta asiantuntijahoitajille oli annettu organisaation sisällä mutta myös hankittu organisaation ulkopuoliselta taholta. Erikoistumiskoulutusta oli haettu ammattikorkeakouluilta ja siihen oltiin tyytyväisiä. Muuhun koulutuksen tasoon ei oltu täysin tyytyväisiä ja koettiin, että osa koulutuksesta olisi voitu yhdistää. Koulutuksen nähtiin lisäävän osaamista koko organisaatiossa ja motivoivan yksilöä työnteossa. Yksilöllinen osaaminen on myös kehittynyt, mikä nähdään koulutuksen hyödyksi.

Suurimmassa osassa tutkimuksen kohdekaupungeista oli työnjakoa kehitetty niin, että pitkäaikaissairaiden kokonaishoito tai ainakin kontrollit oli jo siirretty lääkäreiltä hoitajille. Tutkimustulos on siis tältä osin yhdenmukainen Peltosen (2009) väitöskirjan tutkimuksen kanssa, jossa on selvinnyt, että Suomessa on lähdetty to-

teuttamaan terveydenhuollon henkilöstön tehtävien ja työnjaon uudistamista useammassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa. Organisaation kehittämisessä oli hyödynnetty terveyshyötymallia, jolloin monisairaalle asiakkaalle nimetään asiakasvastaava, joka auttaa asiakasta löytämään oikeat palvelut. Lääkärin ja asiantuntijahoitajan parityöskentelyä on pyritty tukemaan mm. nimeämällä työparit, tekemällä työsuunnitelmat ja kehittämällä tiloja työparityöskentelyyn sopiviksi. Myös tutkimuksen tukena käytetyistä julkaisuista kävi ilmi, että työtiloja on muutettu työparityöskentelyn sujumiseksi. Sairaanhoitajaliiton julkaisusta kävi ilmi, että joissain terveyskeskuksissa työparilla on käytössä sähköinen monisairaalan potilaan hoitomalli, jonka mukaan työpari suunnittelee ehkäisevän toiminnan sekä kroonisten sairauksien hoidon.

Tutkimustulosten perusteella pystyttiin toteamaan, että tehtävien ja työnjaon uudistamisen myötä lääkärillä käynnit ovat useimmissa kyselyyn osallistuneissa kaupungeissa vähentyneet. Teoriassa käytetyistä julkaisuista käy myös ilmi, että lääkäreillä on ollut enemmän akuuttiaikoja tarjolla työparimallin käyttöönoton jälkeen ja potilaan hoitoon pääsy on nopeutunut. Jotta malli toimisi myös jatkossa, tulee henkilökunnan ja väestön luottaa työparimallin toimimiseen.

Lääkäreiden suorittamasta mentoroinnista ja koulutuksesta voidaan tehdä tutkimuksen perusteella se johtopäätös, että asiantuntijahoitajille järjestetään mentorointia, mutta mentoroinnissa käytettävät toimintatavat ovat hyvin vaihtelevia. Mentoroinnin sijasta voitiin käyttää myös henkilökohtaista ohjausta. Ohjausaika on myös vaihteleva. Sen mainittiin olevan kuitenkin ikuisesti kestävä. Tällä tarkoitettiin, sitä että hoitaja voi konsultoida lääkäriä aina konsultointiapua tarvitessaan.

Osaamisen varmistamisessa käytetyin keino oli erilaiset näytöt osaamisesta. Mitään yhtenäistä toimintatapaa mentoroinnissa ja osaamisen varmistamisessa ei ollut havaittavissa kyselyyn osallistuneiden organisaatioiden välillä. Rampe- hankkeen alkuselvittelyssä (2012) terveyskeskustyön kestävästä kehityksestä kävi myös ilmi,

että terveyskeskusten vastaanotoilla on todettu olevan kirjavia ja vaihtelevia käytäntöjä osaamisen varmistamisessa. Suomessa ei ole sovittu valtakunnallisesti yhtenäisiä menetelmiä ja työkaluja työpaikalla tapahtuvan osaamisen tunnistamiseen ja arvioimiseen. Asiantuntijahoitajan osaamisen varmistamista pidetään kuitenkin tärkeänä. Koulutuksesta hankittua osaamista tulisi varmistaa ja osaamisen varmistaminen tulisi toteuttaa yhtenäisten käytäntöjen mukaisesti.

Lääkehoidon osalta on käytössä valtakunnallinen rekisteröinti. Rajatun lääkkeen määräämiskoulutuksen jälkeen erikoispätevyyttä tulee hakea Valviralta. Erikoispätevyydestä tulee merkintä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri Terhikkiin.

Kohdeorganisaation asiakkaat olivat olleet tyytyväisiä asiantuntijahoitajan antamaan hoitoon. Arviot tyytyväisyydestä perustuivat mm. asiakaskyselyihin. Vastauksista nousi erityisesti esille tyytyväisyys pysyvään hoitajaan, kun lääkevaihtuvuus oli suuri. Asiakkaat kokivat saavansa asiantuntijahoitajilta kokonaisvaltaista hoitoa ja tulleen kuulluksi. Aikaisemmat kansainväliset tutkimukset asiakkaiden tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin asiantuntijahoitajavastaanoton käyttöön oton jälkeen tukevat kyselyn tuloksia. Tutkimuksissa, joihin perehdyttiin opinnäytetyön teoriaosuudessa, kävi ilmi, että tyytyväisyys terveyspalveluihin oli parantunut ja asiantuntijahoitajan antamaan hoitoon oltiin vähintään yhtä tyytyväisiä kuin lääkärin antamaan hoitoon. Hoitajilla oli koettu olevan enemmän aikaa potilaalle ja heiltä koettiin saavan myös enemmän tietoa kuin lääkäreiltä.

Avoterveydenhuollon kyselyihin vastanneissa oli myös heitä, jotka kokivat tyytymättömyyttä asiantuntijahoitajan vastaanottoon. Tyytymättömyyttä aiheutti mm. se, ettei päässyt lääkärin vastaanotolle, vaikka olisi halunnut. Osa koki myös jonotusajat hoitajille pitkiksi. Voisiko tyytymättömyydessä olla kuitenkin kyse osaksi myös siitä, että asiakkaat kokevat avoterveydenhuollon palveluiden uudistamisen jonkinlaiseksi uhaksi? He haluaisivat toimia vanhalla totutulla tavalla ja tämän vuoksi ai-



heuttavat muutosvastarintaa, kuten organisaation työntekijät voivat tehdä, ellei henkilöstöä ole tiedotettu tarpeeksi muutoksesta. Teoriaosuudessa kävikin ilmi, että tutkimuksissa todettiin ennalta tiedottamisella sairaanhoitajan osaamisesta ja asiantuntijuuden vahvistumisesta lisäävän asiakkaiden tyytyväisyyttä. Voiko olla siis, että tiedottamista tulisi lisätä? Aina löytyy heitä, jotka kokevat ettei muutoksista ole tarpeeksi tiedotettu.

Asiantuntijahoitajien työnkuva vaikuttaa terveysasemilla koko työyhteisön ja organisaation toimintaan. Jotta terveysaseman toiminnan kehittäminen olisi tuloksellista ja sujuvaa tulisi panostaa johdon, esimiesten ja työntekijöiden väliseen yhteistyöhön. Tällöin henkilöstö on motivoitunut, vastuuntuntoinen ja yhteistyökykyinen myös muutostilanteessa.

Kyselyn tuloksista selviää, että työyhteisön toiminta on parantunut asiantuntijahoitajien myötä. Toiminta on koettu joustavammaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. Tärkeänä on koettu, että työnjako on hyvin suunniteltua. Hyvin suunniteltu työnjako selkeyttää koko työyhteisön toimintaa. Tällöin myös yhteistyö ja vastuun ottaminen omista töistään paranee työyhteisön sisällä.

Tuloksista selviää myös, että työyhteisön tehokkuus on parantunut. Kyselyyn vastanneet kokevat, että asiantuntijahoitajiksi kouluttautuneet sairaanhoitajat ovat saaneet lisää vastuuta, joka tuo lisää haastetta mutta samalla myös mielekkyyttä heidän työhönsä. Asiantuntijahoitajat on todettu osaaviksi ja heidän osaamiseensa luotetaan. Tämän myötä myös yhteistyö terveysasemilla oli parantunut.

Teoria tukee kyselyjen tuloksissa ilmennyttä asiaa; terveydenhuollon henkilöstön tehtäviä ja työnjakoa uudistettaessa kehitetään koko työyhteisöä. Toimintaa kehitettäessä tulee ottaa huomioon hoidon kokonaisuus, eri ammattiryhmien osaaminen sekä yhteistyö. Tällöin on todettu eri yksiköiden ammattiryhmien ja yksittäisten

työntekijöiden työmäärän hallittavuuden ja oman työn hallinnan paranevan. Terveystieteidenhuoltolaissa on asetettu velvoite työnantajalle täydennyskouluttaa alaisiaan. Työnantajan, ensisijaisesti esimiehen, tehtävänä onkin varmistaa, että henkilöstön ammattitaito ja koulutus riittävät annettuihin tehtäviin.

Asiantuntijahoitajien työskentelyyn kohdeorganisaatioissa oli valmistauduttu kaiken kaikkiaan hyvin. Suunniteltaessa tehtävien ja työnjaon muutoksia varmistettiin henkilöstön osaaminen täydennyskouluttamalla henkilökuntaa ja sopimalla etukäteen tehtävistä. Henkilöstörakennetta muutettiin myös sairaanhoitajapainotteisemmaksi.

Työntekijöiden ja asiakkaiden tiedottamista ja informointia pidettiin tärkeänä jo valmistauduttaessa asiantuntijahoitajien työskentelyyn kyselyn kohdeorganisaatioissa. Tiedottamisen tärkeys käy esille myös muutosjohtamista käsittelevässä teoriassa. Antamalla työntekijöille ja asiakkaille kokemuksen asioiden ennakoitavuudesta luodaan tunne tilanteen hallittavuudesta.

Verkostoitumiseen ja yhteistyön sujumiseen panostettiin jo ennalta käsin. Asiantuntijahoitajille järjestettiin esimerkiksi säännöllisesti alueellisia tapaamisia. Kollegiaalisuus koetaankin yleisesti ottaen suurena voimavarana. Se luo hyvää työilmapiiriä ja työhyvinvointia. Tästä seuraa myös onnistunutta hoitotyötä. Yksilölliset tiedot ja kokemukset tulisikin jakaa yhteisön kesken. Tämä auttaa kehittämään toimintaa potilaan edun mukaiseksi.

Tutkimuksesta ilmeni, että oman haasteensa asiantuntijahoitajan työnkuvan toteuttamiseen ja arvostukseen antaa pyrkimys saavuttaa lääkäreiden hyväksyntä hoitajien asiantuntijuuden lisäämiseen. Samalla potilaan kokonaisvaltainen hoito ja konsultointi lisäsivät työjärjestelyiden haasteellisuutta.

Työhyvinvointi rakentuu jokaisen yhteisön jäsenen asenteesta työntekoa ja uudis-

tusta kohtaan (Stenvall 2007, 14, 84). Tämän vuoksi lääkäreiden hyväksyntä hoitajien asiantuntijuuden lisäämisen tulisi saavuttaa. Hoitajien arvostuksessa organisaatioissa onkin vielä parantamisen varaa. Palkkauksen tarkistaminen toisi osaltaan arvostusta asiantuntijahoitajan työtä kohtaan.

Hoitajien erityisosaaminen oli koettu tutkimuksen tuloksissa hyväksi ja heille oli jaettu omat vastuualueensa. Tästä syntyi kuitenkin huoli, että laaja tiedollinen ja taidollinen perusosaaminen kärsii hoitotyössä. Tämä luo osaltaan haasteen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamisen järjestämiseen sekä laajan tietotaidon pysymiseen organisaatiossa. Toisaalta teoriassa, luvussa 2.2 Toimiva terveyskeskus -ohjelma, käy ilmi, että koordinoivien asiantuntijahoitajien/asiakasvastaavien työ on kokonaisvaltaista hoitoa ja asiakkaan omahoidon kokonaisvaltaista valmentamista. Tällöin hoitajan tietotaito pysyy laajana ja ajan tasalla. Tulevaisuudessa todennäköisesti korostuukin sisäisen koulutuksen ja kollegoiden välisen konsultointimahdollisuuden tärkeys.

Asiantuntijahoitajan työnkuvan mukana tuoman muutoksen kyselyyn vastanneet hoitotyön johtajat/esimiehet ovat pystyneet hallitsemaan johtamalla, ohjaamalla ja kontrolloimalla. Muutosjohtajan tehtävä onkin ohjata koko organisaatiota kohti yhteistä päämäärää. Vastauksista näkyy kuinka muutosjohtamisen teoria on viety hienosti käytäntöön tutkimuksen kohdeorganisaatioissa. Johtajan oman esimerkin vaikutus muutosprosessin eteenpäin viemisessä on huomioitu. Visio ja strategia pidetään koko ajan mukana omassa työskentelyssä. Asiantuntijahoitajuutta markkinoidaan ja siitä tiedotetaan. Työntekijöitä muistetaan myös palkita tarpeen mukaan. Vuorovaikutusta työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa ei ole unohdettu. Heitä kuunnellaan ja kommunikointi on vastavuoroista. Työntekijöille annetaan mahdollisuus kouluttautumiseen ja opiskeluun ja muutosprosessiin tarvittavat resurssit on huomioitu. Asiantuntijahoitajien työnkuvaa kehitettiin myös edelleen ja siinä oltiin itse aktiivisesti mukana.

Pohdittaessa opinnäytetyön tuloksia voidaan todeta, että asiakaslähtöisen työn ja

toiminnan kehittämiseen tarvitaan hoitotyön asiantuntijoita. Potilaan hoidon laatua pyritään parantamaan asiantuntijahoitajien vastaanottojen avulla. Asiantuntijahoitajien tarve on huomattu myös mietittäessä henkilökunnan riittävyttä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Terveyskeskuksien lääkäripula on pahentunut ja yhtenä ratkaisuna lääkärivajeeseen on päädytty tekemään uudistuksia terveydenhuollon henkilöstön tehtäviin ja työnjakoon. Tämän myötä Suomessa onkin järjestetty ammatikorkeakoulutasoista lisäkoulutusta tehtävien siirtoon sekä lääkärin ja hoitajan työparityöskentelyyn. Suomessa on vielä kirjavaa käytäntöä tehtäväsiirtoihin liittyvän koulutuksen ja lupakäytäntöjen toteutuksessa. Koulutusta tulisikin yhtenäistää. Myös asiantuntijahoitajan nimikkeestä tulisi määrittää selkeät ja yhteneväiset kriteerit, sillä nimityksen kriteerit ovat edelleen sisällöltään eriäviä.

Asiakaspalautteet asiantuntijahoitajan palveluista ovat olleet kansainvälisissä tutkimuksissa kuten myös tähän opinnäytetyöhän toteutetussa tutkimuksessa pääasiallisesti myönteisiä. Asiantuntijahoitajien palveluihin ollaan oltu vähintään yhtä tyytyväisiä kuin lääkärin tarjoamiin palveluihin. Asiantuntijahoitajien kouluttaminen on ollut myös taloudellisesti kannattavaa ja samassa on säästetty myös lääkärin työaikaa vaativimmille sairaustapauksille. Tästä päästäänkin johtopäätökseen, että asiantuntijahoitajien rooli ja työpanos terveydenhuollolle on tärkeä. Tehtävänsiirroista hyötyvät sekä asiakkaat, työntekijät että työnantaja.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että jokaisessa tutkimukseen osallistuneessa organisaatiossa joko työskenteli asiantuntijasairaanhoitajia tai henkilökunnan työnjaon ja työtehtävien uudistamiseen oli valmistauduttu informoimalla henkilökuntaa ja asiakkaita sekä mahdollistamalla lisäkouluttautuminen. Osassa organisaatioista tehtiin myös tutustumiskäyntejä sellaisiin organisaatioihin, joissa asiantuntijahoitajamalleja oli jo käytössä.

Työnjaon ja työtehtävien uudistamisen nähtiin vaikuttaneen positiivisesti työyhteisön toimintaan, asiakastyytyväisyyteen ja organisaation taloudellisiin ja ajankäyttöliisiin resursseihin.

Laadukkaan teorian löytäminen opinnäytetyöhön oli aluksi haastavaa. Asiantuntijahoitajuutta ei ollut tutkittu opinnäytetyötä aloittaessani kovinkaan paljon ja itselläkin oli vielä hakusanat hieman epäselviä. Asiantuntijahoitajuuden huomaa olevan juuri nyt hyvin ajankohtainen ja tärkeä tutkimuksen kohde, sillä tutkimuksia ja artikkeleja aiheesta on viimeisen kahden vuoden aikana ilmestynyt kiitettävästi. Tästä muodostuikin uusi ongelma, tiedon runsaus. Tietoa on tullut niin paljon, että teoriaa kuten myös lähteitä on ollut vaikea rajata. Tutkimuksen tuloksia kirjoitettaessa verrattiin teoriaa tutkimuksen tuloksiin. Tällöin huomattiin, että teoriaan olisi hyvä lisätä asiaa tietyistä tutkimuksen aiheista. Mielestäni näiden lisäysten jälkeen teoria kytkeytyi hyvin tutkimuksen tuloksiin.

Hoitotyön johtajien/esimiesten sitouttamisen tutkimukseen oli haastavaa. Kiireisessä työelämässä aikaa ei tahtonut löytyä sähköiseen kyselyyn vastaamiseen. Tästä johtuen kyselyyn vastaamisesta muistutettiin pariin otteeseen. Silti kaikilta, joiden kanssa oli sovittu kyselyyn osallistumisesta, ei saatu vastausta. Osasta vastauksista huomasin myös ettei kyselyyn oltu jaksettu/keretty paneutua kunnolla. Suurin osa tutkimusmateriaalista oli kuitenkin laadukasta.

Tätä opinnäytetyötä on työstyetty pitkään. Sillä on ollut sekä edullisia että epäedullisia vaikutuksia työn sujuvuuteen että lopputulokseen. Koska opinnäytetyön tekeminen on ollut muuttuneesta elämäntilanteesta johtuen aika pirstaleista, oli välillä hankala saada kiinni siitä, missä mennään ja miten opinnäytetyön tekemisen kanssa olisi hyvä edetä. Toisaalta taas teorian laadun kannalta on ollut hyvä, että sitä on työstyetty pidemmän aikaa, jolloin viimeisimmät tutkimukset ja artikkelit on pystytty hyödyntämään teoriaa työstyettäessä. Samalla kypsyttelyprosessi on ollut tarpeeksi pitkä havaitakseen mitkä asiat teoriaan kannattaa sisällyttää. Opinnäytetyön tekijänä on myös tullut kypsymistä ja ymmärrystä sille mistä omassa opinnäytetyössä oikeastaan onkaan kyse. Tämän myötä on myös huomattu opinnäytetyön teorian tärkeys tulkittaessa tutkimuksen tuloksia sekä tehtäessä johtopäätöksiä

opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön teon ansiosta olen oppinut paljon perusterveydenhuollon kehittämisestä ja sen suuntaviivoista. Uskon myös, että valmiista opinnäytetyöstä on apua suunniteltaessa ja kehitettäessä Vaasan kaupungin asiantuntijahoitajien koulutusta ja työnkuvaa avoterveydenhuollossa.

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu millaisille asiantuntijahoitajille nähdään tarvetta tulevaisuudessa perusterveydenhuollossa terveysasemien lääkärinvastaanotolla sekä tutkittu miten muut tutkimukseen valikoituneet Vaasa kaupunkia väkiluvultaan vastaavat kaupungit varautuvat tulevaisuuden asiantuntijahoitajatarpeeseen. Asiaa on käsitelty keskisuurten kaupunkien avoterveydenhuollosta vastaavien hoitotyön johtajien ja esimiesten näkökulmasta. Tutkimus vastasi tutkimusongelmiin ja tutkimuksesta saa kuvan asiantuntijahoitajien tarpeesta avoterveydenhuollon vastaanototoiminnassa.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia asiantuntijamallien vaikutusta hoidon laatuun ja henkilökunnan osaamiseen. Tehtäväsiirtojen kustannushyötyä olisi myös hyvä selvittää.

## **Suosituks**

1. Koska tavoitteena on ollut lisätä hoitajavastaanottoja terveysasemilla sekä hoitajien osaamisen kokonaisvaltaisempaa hyödyntämistä, esitetään että tulevien asiantuntijahoitajien koulutus Vaasassa sisältäisi rajatun lääkkeenmääräämiskoulutuksen, asiantuntijahoitajan vastaanottoihin ja tehtävänsiirtoon tarvittavaa osaamista sekä lääkäri-hoitajatyöparitoimintaan perehtymistä. Koulutus olisi hyvä sisältää myös ryhmähoidon- ja ohjauksen toimintatapoihin tutustumista.

2. Koska työpari- ja tiimityön sekä lääkäreiden ja hoitajien keskinäisen työnjaon nähtiin olevan tärkeässä roolissa vastatessa lisääntyvään palveluntarpeeseen, esitetään että hoitajille ja lääkäreille järjestetään yhteistä täydennyskoulutusta, jolla voidaan tukea kyseisiä työmuotoja.
3. Koska hoitajien koulutukseen hakeutumisen motivoimisessa on koettu olevan haasteita, esitetään että asiantuntijahoitajien palkkausta tarkistetaan.
4. Koska kyselyn tuloksista selviää, että yleisimmät asiantuntijahoitajien tehtävät olivat diabetes-, reuma- ja muistihoitajan tehtävät, esitetään että kyseisten asiantuntijahoitajien tarve huomioitaisiin myös Vaasan kaupungin perusterveydenhuollossa.

## LÄHTEET

Aaltola, J. Valli, R 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä. PS - kustannus.

Ashorn, U & Lehto, J 2008. Tutkijapuheenvuoroja Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. STAKES. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Alkio, M 2011. Terveystieteiden kustannuksella. Miksi terveystietojärjestelmää on uudistettava? WSOY. Helsinki.

Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill - Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in advanced Roles. DELSA/ELSA/WD/HEA 2004, 8. Viitattu 31.7.2014. <http://www.oecd.org/health/health-systems/33857785.pdf>

Carryer J, Gardner G, Dunn S & Gardner A. 2007. The core role of the nurse practitioner: practice, professionalism and clinical leadership. Journal of Clinical Nursing. 16.2010,1818-25.

Elola, L. 2013. Perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamallin kehittäminen – case Laukaa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Kliininen asiantuntija koulutusohjelma, YAMK. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.

Eloranta, A-M 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajan-va-rauspoliklinikoilla henkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit -Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F: 3/09. Tehy Ry. Viitattu 22.9.2014. <http://www.tehy.fi/@Bin/45478/357823+Ty%C3%B6n+jakomallit.pdf>

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hopia, H., Raappana, M., Perttunen, J., Tiikkainen, P. & Liimatainen, L 2006. Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. Sairaanhoitaja nro 8.



Viitattu 8.8. 2013. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8\\_2006/maat\\_artikkelit/laajavastuinen\\_hoitotyö\\_asiantun/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2006/maat_artikkelit/laajavastuinen_hoitotyö_asiantun/)

Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 324,819–823. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7341.819>

Janhonen, S., Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.

JHS 152 2008. Prosessien kuvaaminen, Versio: 28.3.2008. JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. Viitattu 1.12.2012. <http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/recommendations/abstracts#152>

Jokinen, P., Mikkonen, I., Jokelainen, M., Turjamaa, R. & Hietamäki, M. 2011. Mentori suomalaisessa hoitotyön kontekstissa – käsiteanalyysi hybridisellä mallilla. *Hoitotiede* vol 1.2010, 55–66.

Juppo, V. 2011. Muutoksen johtaminen suomalaisessa yliopistouudistuksessa rehtoreiden näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasan Yliopisto.

Juusela, T., Lillia, T., Rinne, J. 2000. Mentoroinnin monet kasvot. Helsinki. Yrityskirjat

Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2013. Tiedotteet. Sairaanhoitajien lääkkeen määräämiskoulutus vetää JAMKissa. Viitattu 5.5.2013. <http://www.epressi.com/tiedotteet/sairaanhoitajien-laakkeenmaaramiskoulutus-vetaa-jamkissa.html>

Kanste, O., Timonen, O., Ylitalo, K. & Leppälä, A. 2009. Sairaanhoitajalehti. 2/2009. Oma palveluohjaaja monisairaana tukena. Viitattu 13.10.2014. [https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2\\_2009/maat\\_artikkelit/oma\\_palveluohjaaja\\_monisairaana\\_t/](https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/2_2009/maat_artikkelit/oma_palveluohjaaja_monisairaana_t/)

Kauppinen, T. 2009. Sairaanhoitajaliitto. Julkaisut. 3/2009. Työparimallilla tuottavuutta ja toimivaa palvelua. Viitattu 10.01.2014. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3\\_2009/teema\\_raha\\_ja\\_terveys/työparimallilla\\_tuottavuutta\\_ja/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2009/teema_raha_ja_terveys/työparimallilla_tuottavuutta_ja/)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2013. Rautaisia ammatillaisia perusterveydenhuoltoon RAMPE-hanke. Terveystyömalli kehittämistyön viitekehyksenä. 2008 – 2011. Viitattu 25.4.2013. <http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=38481>

Kimberly A., Neuendorf 2002. The Content Analysis Guidebook. SAS institutet. Chicago.

Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P., Kettunen, T., Honkonen, P. & Kumpusalo, E. 2011. Rautaista ammattitaitoa terveyskeskustyö kestävän kehityksen polulla. Rampe-hankkeen alkuselvityksen tuloksia.

Kokko S, Peltonen E & Honkanen V 2009. Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamisen suunnittelutyöstä. THL. Viitattu 13.04.2014. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80142/7d0e5ef6-fe16-475c-b2e1-54979f48d2ad.pdf?sequence=1>

Korhonen J 2006. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppatieteiden osasto. Kandidaattiseminaari. Prosessimainen toiminta yrityksen kilpailuedun lähteenä. Viitattu 18.11.2012. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/30980/TMP.objres.218.pdf?sequence=1>

Kotter, P. 1996 Muutos vaatii johtajuutta. Helsinki. OY RASTOR AB.  
Kygäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, nro.1/1999.

Lahden kaupunki 2014a. Sosiaali- ja terveysterveyst. Terveyst. Terveystkioski. Viitattu 2.2.2014 <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/6D47F3146E3258B5C225796B00467E76>

Lahden kaupunki 2014b. Sosiaali- ja terveysterveyst. Terveyst. Terveystneuvo. Viitattu 2.2.2014 <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/439C114E32CAC158C225742B00434782>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laurant, M., Reeves, D. Hermens, R. Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. 2004. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Re-views 2004, 4. Viitattu 31.7..2014. <http://www.biblioteca-cochrane.com/pdf/CD001271.pdf>

Leinonen, T 2014. Terveystdenhoitajien lääkkeenmääräämisoikeudella tehoa terveydenhuoltoon. Terveystdenhoitaja vol 6.2014, 9-10.  
Liiketoimintaprosessien kehittämispalvelu 2012. Viitattu 29.11.2012. <http://www.paunia.fi/prosessit-ja-laatu/>

Liimatainen, A 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtävänkuvasta. Lisensiaatintutkimus. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Lindström, E 2003. Terveystdenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveystministeriön monistetta 2003:12. Helsinki 2003: Sosiaali- ja terveystministeriö.

- Manninen, E. & Laitila-Özkoc, L 2011. Erikoistumisopinnot osaamisen täydentäjänä. *Terveydenhoitaja* vol 6.2011, 16-17.
- Merkel T 2011. Hoitotyöntekijöiden työnjako ja työn sisältö Helsingin terveystieteiden keskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla. *Terveyshallintotiede*. Itä-Suomen yliopisto. Pro-gradu.
- Muurinen, S & Mäntyranta, T. 2012. Asiakasvastaava – vastuutyöntekijä monisairaille. *Pro terveys* vol 3.12, 38–39.
- Muurinen, S., Nenonen, K., Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto. Fioca Oy. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Mäkelä M, Kiviniemi K, Suominen T, Routasalo P & Arve S (toim.) 2001. Kliinisen hoitotyön asiantuntija. Turun yliopisto. Turku. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja.
- Mäntyranta, T, Elonheimo, O, Mattila, J, & Viitala, J. Toim. 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Duodecim. Jyväskylä.
- Mäkelä, M, Kiviniemi, K, Suominen, T, Routasalo, P & Arve, S 2011. A:33/2001. Kliinisen hoitotyön asiantuntija -tiedekorkeakoulun näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja ja raportteja.
- Nyholm, I. 2008. Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. teoksessa: Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY.Juva, 215–221.
- Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Satakunnan AMK.
- Purmonen, P. & Makkonen, R. 2011. Muutosjohtaminen, osaamisen johtaminen ja esimiestyö yhteis- ja palveluskeskusalalla. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Joensuu.

Ranta, I. 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Edita Prima Oy. Helsinki.

Rimpelä, M, Saaristo, V, Wiss, K & Ståhl, T. 2009. Raportti 19/2009. Terveiden editäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino. Helsinki.

Routasalo, P, Airaksinen, M, Mäntyranta, T & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Katsaus. Duodecim 2009;125.

Sairaanhoidajaliitto 2007. 10/2007. Kysymyksiä tehtävänsiirroista. Viitattu 20.10.2013 [https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10\\_2007/ajankohtaikirjoitus/kysymyksiä\\_tetavansiirroista/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/10_2007/ajankohtaikirjoitus/kysymyksiä_tetavansiirroista/)

Sairaanhoidajaliitto 2013. Sairaanhoidajan työ ja hoitotyön kehittäminen. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Viitattu 4.10.2013. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/hoitotyön\\_kehittäminen/rajattu\\_laakkeenmaaraamisoikeus/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittäminen/rajattu_laakkeenmaaraamisoikeus/)

Sairaanhoidajaliitto 2014. Sairaanhoidajan laajennetut työnkuvat. Viitattu 16.10.2014. [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/hoitotyön\\_kehittäminen/sairaanhoidajan-laajennetut-työn/>](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/hoitotyön_kehittäminen/sairaanhoidajan-laajennetut-työn/>)

Sibbald Bonnie, Shen Jie ja McBride Anne 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. Journal of Health Services Research & Policy 9 (suppl 1), 28–38.

Sillanpää, A-L. 2011. Hoitajavastaanoton kehittäminen hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen kautta (Tapaustutkimus). Hoitoprosessin tehokas toteuttaminen. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Simoila R 1999. Terveysthuolto johtamisen areenana. Teoksessa: Simoila R, Kangas R & Ranta J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Kirjayhtymä Oy. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Ammattioikeudet 2013. Hakemusohjeet. Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus. Rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta koskevat hakuohjeet sairaanhoidajille. Viitattu 5.5.2013 [http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/sairaanhoidajan\\_rajattu\\_laakkeenmaaraamisoikeus](http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/sairaanhoidajan_rajattu_laakkeenmaaraamisoikeus)

STM 2003. julkaisuja 2003:18. Terveysttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Edita Prima Oy, Helsinki 2004

STM 2004. Kuntainfo 10/2004. Hoitoon pääsyn turvaaminen. Viitattu 1.5.2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1273163>>

STM 2008. Julkaisuja 2008:22. Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Viitattu 6.5.2013. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1064959](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1064959)

STM 2010a. Asetus lääkkeen määräämisestä. Muistio. Liite 1. 2010. Viitattu 27.4.2013 [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=40880&name=DLFE-14801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-14801.pdf)>

STM 2010b. esitteitä 2010:4. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Viitattu 25.4.2013. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf)>

STM 2011. Tiedote 99/2011. Monisairaat saavat oman vastuuhenkilön terveyskeskuksissa. 15.04.2011. Viitattu 22.12.2011. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1559157>>

STM 2012a. Julkaisut. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011 Viitattu 27.11.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf)>

STM 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Viitattu 14.7.2014 [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf)

STM 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä Suomessa, vastuut. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Järjestelmä ja vastuu. Viitattu 24.09.2014. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/vastuutahot](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot)

STM 2014. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Terveyspalvelut. Viitattu 24.09.2014. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut)

Stenvall, J & Virtanen, P 2007. Muutosta johtamassa. Edita. Helsinki.

Syväoja, P & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Tammi. Helsinki.

Taren, V. 2008. Työssä oppimista ja asiantuntijaksi kehittymistä edistävät ja estävät tekijät johtamisen haasteena hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja talouden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Tehtävien ja työnjaon muutokset 2009. Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki.

Tehy 2014. Edunvalvojana. Työpaikan muutostilanteet. Työnjaon kehittäminen. Viitattu 10.08.2014. <http://www.tehy.fi/edunvalvojana/tyopaikan-muutostilanteet/tyonjaon-kehittaminen/>

Tehy 2006. Artikkel. Tehtävnsiirroilla parempaa palvelua potilaille. Viitattu 10.08.2014. <http://deski.fi/9/45/artikkeli-tehtvnsiirroilla-parempaa-palvelua-potilaille-2835>

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2012. Tilastoraportti. Perusterveydenhuolto 2012. Viitattu 10.01.2014. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110729/Tr29\\_13.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110729/Tr29_13.pdf?sequence=3)

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2014. Tutkimus ja kehittäminen. Työkalut. Viitattu 14.07.2014. [http://www4.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut.jsessionid=3F038738CDC572D8B11C7DB1A53C97BA?&print=true](http://www4.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut.jsessionid=3F038738CDC572D8B11C7DB1A53C97BA?&print=true)

Tilastokeskus 2014. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 27.11.2014. <http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Toivonen M, Ramstedt-Sen T & Anttiroiko A-V. 2011. Prosessien kehittäminen kuntien teknisellä sektorilla. KUPERA-hankkeen raportti. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Viitattu 12.12.2012. <http://kuntatekniikka.kuntalehti.fi/toimijat/kehto/KuperaTyoPaketit/OperointiInnovaatiot/Documents/Untitled%20attachment%2000037.pdf>

Turtiainen A-M. 2010 Mikä on hoitotyön johtamisen merkitys terveydenhuollossa. Pro terveys – lehti. Vol 2.2010, 3-5.

Uusitupa M. & Simoila R 2002. Sosiaali ja terveystministeriö. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennyskoulutuksen järjestäminen. 15.1.2002

Valpola, A, Kvist, H, Heimonen, J, Niutonen, K, Lillkäll, L, Masali, L & Kalin, R. 2010. Strategia toimeksi. – Muutosvoimana ihmiset. Painotalo Redfina Oy. Espoo.

Vesterinen M – L. 2011. SoTe-ennakointi -sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Raportteja ja tutkimuksia 3. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Painotalo Seiska Oy. Iisalmi

Vestman, J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinissä hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Pro gradu- tutkielma.

**Saate**

Sähköinen kysely asiantuntijahoitajuudesta perusterveydenhuollon avoterveydenhuollosta vastaaville hoitotyön johtajille ja esimiehille.

**Alustus**

”Tulevaisuudessa terveysasemilla toimii hoitajavastaanottoja, jotka ovat

- asiantuntijasairaanhoitajan vastaanottoja (reuma-, muisti-, diabetes-, ultrahoitaja jne. tai tehtäväsiirtoihin perustuvia, kuten asiantuntijafysioterapeutin vastaanotto ), taustalla hoitajan erikoistumisopinnot tai räätälöity täydennyskoulutus.

- itsenäisiä hoitajavastaanottoja osana lääkäri-hoitaja-työparin toimintaa, taustalla on täydennyskoulutus/ työpaikkakoulutus ja lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyyteen johtava koulutus.

- itsenäisiä omahoitajavastaanottoja pitkäaikais- ja monisairaita asiakkaita varten, taustalla on täydennyskoulutus/ työpaikkakoulutus ja lääkkeenmääräämisoikeuden erikoispätevyyteen johtava koulutus. Kaksi viimeksimainittua toimivat mahdollisesti samoilla hoitajaresursseilla.”

Lainaus; Vesterinen Marja – Liisa (toim.). SoTe-ennakointi -sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Raportteja ja tutkimuksia 3. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Painotalo Seiska Oy. Iisalmi 2011.

Vastaukset käsittelen ehdottoman luottamuksellisesti, kenenkään osallistujan henkilöllisyys ei tule millään tavalla esille. Tutkimukseen osallistuminen on myös vapaaehtoista.

Kiitos vaivannäöstäsi!

Sari Nissilä

**Kyselylomake**

Vastaajan taustatiedot:

1. Ammattinimike \_\_\_\_\_

2. Ammatillinen koulutus \_\_\_\_\_

3. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt esimiehenä tai johtajana perusterveydenhuollossa? \_\_\_\_\_

4. Kaupunki \_\_\_\_\_

Asiantuntijajoitajuus:

5. Millaisia asiantuntijajoitajia organisaatiossanne työskentelee, entä muuttuuko suuntaus tulevaisuudessa?

a) jos muuttuu, miten ja miksi:

6. Millaista ammatillista lisäkoulutusta tai täydennyskoulutusta asiantuntijajoitajat/ tulevat asiantuntijajoitajat ovat saaneet?

a) koitteko kyseisen koulutusmuodon tehokkaaksi:

b) mitä etuja ja haittoja olette koulutuksessa havainneet:

c) missä koulutus on järjestetty:



7. Mitä erityistehtäviä lääkäreiltä on siirretty/ tulette siirtämään sairaanhoitajille?

a) miten varmistatte parityöskentelyn toimivuuden:

b) onko päivystävää hoitajaa:

c) ovatko käynnit lääkärillä vähentyneet:

– jos on, niin missä määrin:

d) järjestävätkö asiantuntijahoitajat erilaisia ryhmiä pitkäaikaissairaille:

– jos järjestävät, niin millaisia:

8. Millaista mentorointia ja/tai lääkärin suorittamaa ohjausta on järjestetty asiantuntijahoitajille?

a) kuinka pitkä mentorointijakso/ lääkärin suorittama ohjausaika on, miksi päädyitte kyseiseen ohjausaikaan:

b) onko mentoroinnilla/ lääkärin suorittamalla ohjauksella tai muulla tukimuodolla pystytty varmistamaan asiantuntijahoitajan osaaminen, miten:

9. Miten asiantuntijahoitajan palveluiden tarjoamisen on vaikuttanut asiakastyytyväisyyteen? (Mikäli asiantuntijahoitaja työskentelee jo perusterveydenhuollossa.)

a) mihin asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä:

b) tyytymättömiä:

10. Miten asiantuntijahoitajien työnkuva on vaikuttanut terveysaseman / työyhteisön muuhun toimintaan?

a) hyvät kokemukset

b) huonot kokemukset

11. Miten kaupungissanne on valmistauduttu asiantuntijahoitajien työskentelyyn perusterveydenhuollossa?

a) henkilökunnan informointi ja motivointi:

b) asiakkaiden informointi ja motivointi:

c) yhteistyö eri tahojen kanssa:

d) ohjaustoiminnan järjestäminen:

12. Millaisia haasteita asiantuntijahoitajan työnkuva tuo perusterveydenhuoltoon?

13. Miten johtamisella voidaan vaikuttaa asiantuntijahoitajatyön kehittämiseen Teidän mielestänne?

14. Miten Teidän oma sitoutumisenne muutosprosessiin näkyy organisaatiossanne?

**Esimerkki sisällönanalyysistä**

**Pelkistetty ilmaus**

**Alaluokat**

**Yläluokka**

